

Sundhedsstruktur- kommissionens bilagsrapport

Analyser og ekspertbidrag

Juni 2024

Indhold

1. **Sundhedsvæsenets udfordringer, Sundhedsstrukturkommissionen**
 - 1.1. Metodebeskrivelse, Sundhedsstrukturkommissionen
2. **Muligheder og forudsætninger for omstilling til det primære sundhedsvæsen. Analyse for Sundhedsstrukturkommissionen, Sundhedsstyrelsen**
3. **Faglig bæredygtighed som grundlag for sundhedsplanlægning. Udarbejdet for Sundhedsstrukturkommissionen, Sundhedsstyrelsen**
4. **Sundhedsvæsenets organisering mv. i udvalgte lande. Udarbejdet for Sundhedsstrukturkommissionen, Boston Consulting Group (BCG)**
5. **Udviklingen i sundhedsvæsenet – et perspektiv til omstilling, Boston Consulting Group (BCG)**
6. **Potentialer for omstilling til det nære sundhedsvæsen. Eksempler på beregning af potentialer for konkrete omstillingstiltag, Boston Consulting Group (BCG)**
 - 6.1. Omstilling til det nære sundhedsvæsen. Casesamling, Boston Consulting Group (BCG)
7. **Udfordringer og potentialer I samspillet mellem sektorer og for sammenhængende patientforløb. Analyse gennemført for Sundhedsstrukturkommissionen, Implement Consulting Group**
8. **Digital fordør. Omstilling til det nære sundhedsvæsen. Modeller for en digital fordør til sundhedsvæsenet, Boston Consulting Group (BCG)**
9. **Analyse af modeller for organisering og styring af arbejdet med digitale løsninger og data i det danske sundhedsvæsen. Udarbejdet for Sundhedsstrukturkommissionen, PA Consulting**
10. **Det regionale politiske niveau. Notat til Sundhedsstrukturkommissionen, Niels Opstrup**
11. **Ældre med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser, Indenrigs- og Sundhedsministeriet**
12. **Patienter og pårørendes oplevelser med, og ønsker til, sundhedsvæsenet. Hovedpointer fra feedbackmøder med patienter og pårørende. Til Sundhedsstrukturkommissionen, ViBIS**
13. **Borgere og pårørendes oplevelse af mødet med sundhedsvæsenet: udfordringer samt ønsker til forandringer, Alexandra Brandt Ryborg Jønsson**
14. **Sammenhæng ifølge sundhedspersonale. En litteraturbaseret oversigt over udfordringer og erfaringer med sikre sammenhængende forløb i sundhedsvæsenet, VIVE**
15. **Speciallægepraksis, som en del af et moderne sundhedsvæsen. Et idépapir til Sundhedsstrukturkommissionen, Frank Ingemann Jensen og Leif Vestergaard Pedersen**

Bilag 1:

Sundhedsvæsenets udfordringer

Sundhedsstrukturkommissionen

Sundhedsvæsenets udfordringer

Sundhedsstrukturkommissionen

Forord

Danmark har et sundhedsvæsen med mange dygtige medarbejdere i kommuner, praksis og på sygehusene. De yder hver dag deres bedste for at give patienterne en god behandling, og sundhedsvæsenet har på lange stræk kunnet levere forbedrede resultater i de forgangne 20 år.

Men vi står over for en markant udvikling i sygdomsbilledet, samtidig med at der ikke kommer flere i den arbejdsdygtige alder. En udvikling sundhedsvæsenet ikke er rustet til i dag.

Stadig flere patienter vil være alderssvækkede eller leve med en eller flere kroniske sygdomme. Det er patienter, som i mange tilfælde behandles bedst i det nære sundhedsvæsen, men ofte oplever fragmenterede forløb på tværs af flere sektorer i sundhedsvæsenet.

Regeringen har bedt Sundhedsstrukturkommissionen se fordomsfrit på modeller for sundhedsvæsenets fremtidige organisering. En vigtig nød at knække er, hvordan der skabes et samlet ansvar for de mange patienter, som bevæger sig på tværs af sundhedsvæsenet. En anden nød er, hvordan det nære sundhedsvæsen kan styrkes i hele landet.

Vi ser frem til indspark fra deltagere på sundhedstopmødet, hvor vi stiller spørgsmålet: Hvordan kan vi organisere sundhedsvæsenet, så vi håndterer morgendagens udfordringer?

På vegne af Sundhedsstrukturkommissionen



Jesper Fisker, formand for Sundhedsstrukturkommissionen

Indledning

De sidste 20 år har især sygehusvæsenet via investeringer og moderniseringer gennemgået en nødvendig og vellykket udvikling.

Overlevelsen for patienter med kræft- og hjertesygdomme er strøget i vejret og er nu på niveau med de bedste lande. Det er en udvikling og et resultat, som alle må glæde sig over.

Men sundhedsvæsenet er ikke indrettet til at håndtere den opgave, som følger af den demografiske udvikling. For mange patienter oplever, at deres forløb ikke hænger sammen, eller at de bliver indlagt på sygehuset, hvor det kunne være undgået med en tidlig indsats. Og sundhedstilbuddene er skævt fordelt i landet.

Sundhedsvæsenet står således overfor en række betydelige strukturelle udfordringer.

Denne rapport illustrerer kommissionens vurdering af de mest centrale udfordringer. Alle udfordringerne vil forværres af den demografiske udvikling. Indledende beskriver rapporten betydningen af den demografiske udvikling for sundhedsvæsenet.



Nye forudsætninger for sundhedsvæsenet

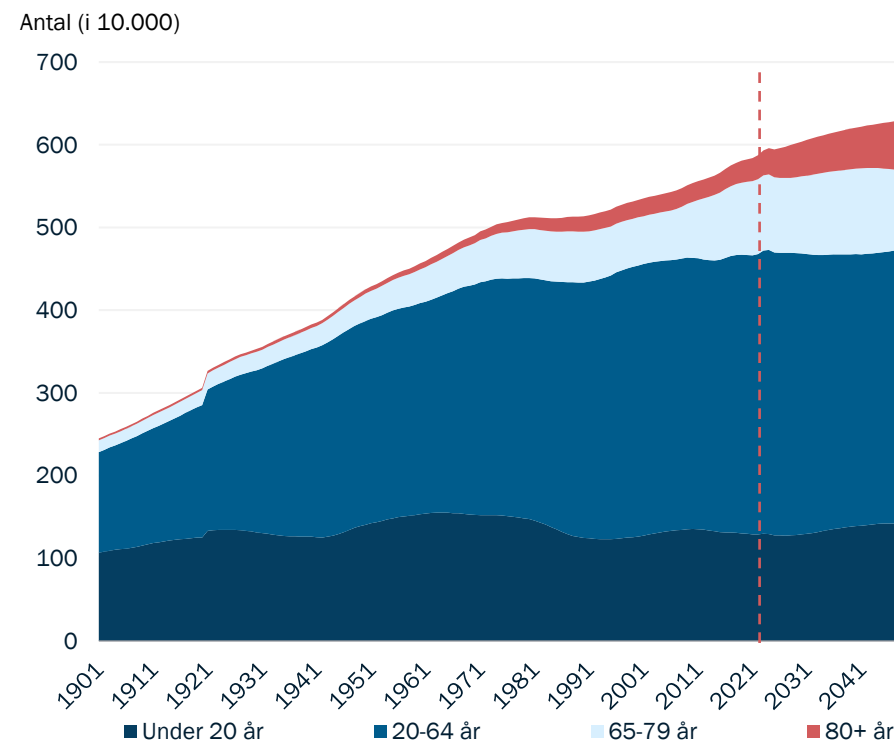
Den demografiske udvikling ændrer grundlæggende på forudsætninger for at udvikle sundhedsvæsenet de næste mange år.

- For det første vil flere leve længere med behandlings- og plejekrævende tilstande.
- For det andet vil antallet af borgere i den arbejdsdygtige alder stagnere.

Det er med andre ord ikke realistisk eller hensigtsmæssigt, at antallet af beskæftigede i sundhedsvæsenet udvikler sig i samme takt som antallet af borgere, der må ventes at efterspørge indsatser i sundhedsvæsenet.

Det udgør en særlig udfordring for det nære sundhedsvæsen, hvor flere ældre får behov for pleje og personlig hjælp.

Figur 1: Befolkningstilvækst fordelt på aldersgrupper, 1901-2050F



Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken, tabellerne BEFOLK1 samt FRDK123.

Anm: Stiplet rød linje indikerer begyndelsen af fremskrivning.

Nye krav fra demografi og sygdomsbillede

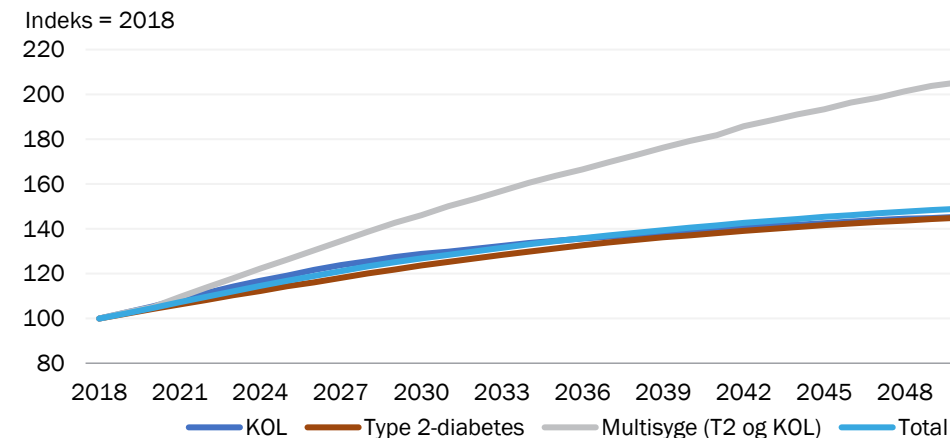
Ændringer i sygdomsbilledet stiller nye krav til sundhedsvæsenets opgaveløsning.

- En fremskrivning viser, at antallet af mennesker med KOL eller diabetes stiger med 35% frem mod 2035 og fortsætter derefter. Det betyder, at der i 2035 vil være 130.000 flere med en eller begge af disse sygdomme, jf. figur 2.
- På ca. 10 år er antallet af hhv. voksne og børn, som har modtaget en psykiatrisk diagnose steget med mere end 20%, jf. figur 3.

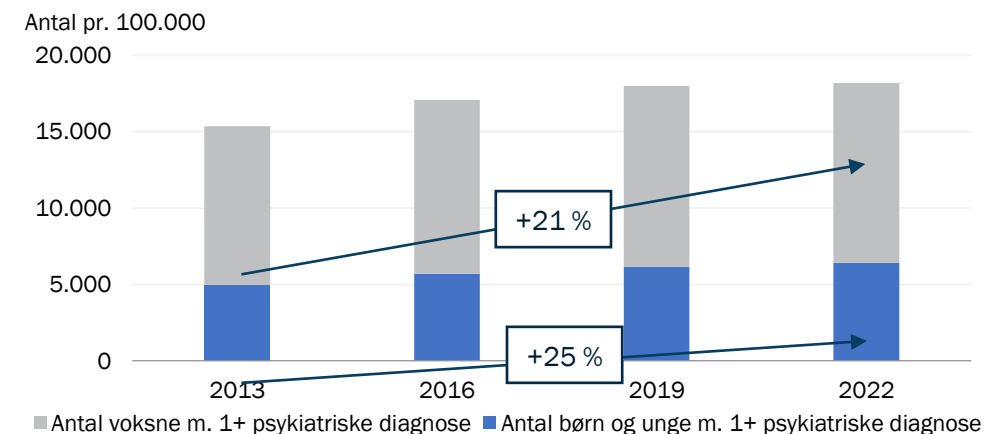
Ifølge Sundhedsstyrelsen vil en stor andel af disse patienter have gavn af et helhedsorienteret tilbud, forankret i det nære sundhedsvæsen, frem for at ansvaret for deres forløb er spredt ud på flere aktører.³

For særligt skrøbelige patienter er fragmenterede forløb og sygehusindlæggelser en betydelig risiko, og de bør derfor behandles i eget hjem.

Figur 2: Antal borgere med udvalgte kroniske sygdomme, 2018-2050F¹



Figur 3: Forekomsten af psykiatriske diagnoser for hhv. børn og voksne, 2013-2022²



Kilde: 1: Incidens og prævalens af kroniske sygdomme (DREAM, 2023). 2: Egne beregninger baseret på tal fra Sundhedsdatastyrelsen (Landspatientregistret og Det Centrale Personregister). 3: Muligheder og forudsætninger for omstilling til det primære sundhedsvæsen (Sundhedsstyrelsen, 2023)

Anm.: 1: Fremskrivningen er lavet pba. Mikrosimuleringsmodellen SMILE. De udvalgte kroniske sygdomme er kronisk-obstruktiv lungesygdom (KOL), type-2 diabetes eller begge dele. Metode uddybes i bilag.

Sundhedsvæsenets udfordringer

I de følgende afsnit præsenteres kommissionens vurdering af de tre væsentligste strukturelle udfordringer. Fælles for de tre udfordringer er, at de vil forværres af den demografiske udvikling, som bliver stadig mere påtrængende år for år.

Der er ikke tale om et udtømmende udfordringsbillede, men kommissionen vurderer, at de tre udfordringer er illustrative for de udfordringer, som skal adresseres, hvis sundhedsvæsenet skal kunne møde fremtidens behov og efterspørgsel.

1

Uklart ansvar for det samlede patientforløb

Der mangler samlet ansvar for og sammenhæng i de patientforløb, som går på tværs af sygehus, kommune og almen praksis.

2

Ubalance mellem det nære og det specialiserede sundhedsvæsen

Ændringer i sygdomsbilledet kræver en ny prioritering af indsatser i det nære sundhedsvæsen.

3

Skæv fordeling af sundhedstilbud

Behovet for og adgangen til sundhedstilbud varierer på tværs af landet.

Udfordring 1: Uklart ansvar for det samlede patientforløb

Utilstrækkelig sammenhæng i behandlingsforløb fremhæves som en helt central udfordring i sundhedsvæsenet af de patienter og pårørende, som kommissionen har talt med.

Særligt ældre medicinske patienter med skrøbelighed og patienter med flere kroniske sygdomme risikerer ikke at modtage den mest egnede behandling ved forløb på sygehuset som følge af en udvikling mod stadig øget specialisering.

Uden ændringer i opgaveløsningen vil antallet af berørte stige i takt med at antallet af behandlingsforløb, som går på tværs af tre sektorer, stiger markant som følge af demografien.

Der er mange gode eksempler på løsninger, både analoge og digitale, som kan understøtte sammenhæng og bedre behandlingsforløb, men udbredelsen går for langsomt.

Derfor skal organisering og strukturer i fremtidens sundhedsvæsen i højere grad understøtte disse patienters samlede forløb. Det indebærer bl.a., at det nære sundhedsvæsen, herunder særligt de almen medicinske tilbud, har et klarere ansvar for og ressourcer til at kunne håndtere behandling af komplekse og skrøbelige patienter.



Patienterne oplever usammenhængende forløb

- Patienter oplever, at der mangler fokus på det hele menneske og en person, som tager ansvar for det samlede behandlingsforløb. Det fremgår af de borgermøder, som kommissionen har afholdt.¹
- I en undersøgelse fra 2016² vurderede 66% af danskerne, at der mangler sammenhæng mellem sundhedsvæsenets forskellige sektorer, jf. figur 4.
- Ifølge Sundhedsstyrelsen³ har sundhedsvæsenet haft et længerevarende fokus på centralisering og specialisering. Det har særligt gavnet patienter med ligefremme behandlingsforløb, som er afgrænsede inden for ét medicinsk speciale. Men de patienter, hvis behandlingsforløb går på tværs af flere specialer, har ikke oplevet samme kvalitetsløft.

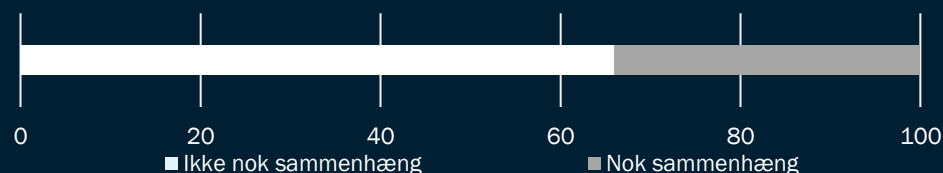
“

På gigtafdelingen siger de: "Jamen, vi arbejder jo sammen med 20 kommuner, og jeg ved sørme ikke, hvad din kommune har [af tilbud]". Så der er meget opsøgende arbejde, som ligger på patientens skuldre.¹

“

Jeg forstår godt, at specialisering er med til at gøre, at vi får højt kvalificeret behandling, men det er et problem, når det så er sådan, at operationen lykkedes, men patienten døde, og det var fordi, det var en anden afdeling, der skulle have taget sig af stingene. Det giver ikke mening at have noget, der er så fragmenteret. Som patient er det i hvert fald sådan, det opleves.¹

Figur 4: Hænger sundhedsvæsenet godt nok sammen?²

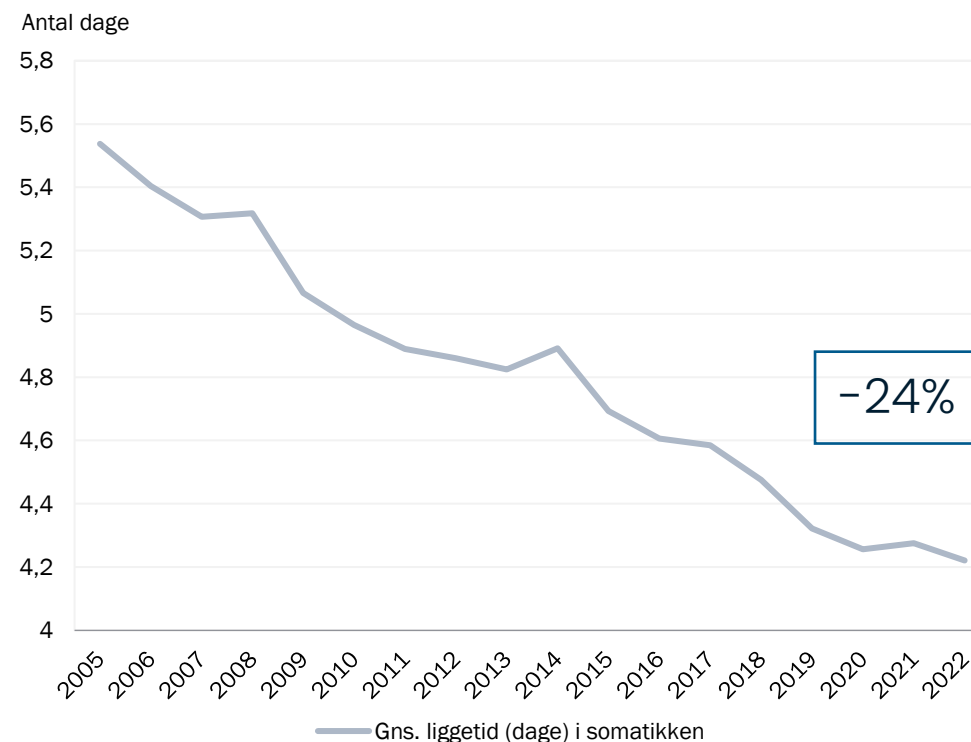


Kilde: 1: Patienter og pårørendes oplevelser med, og ønsker til, sundhedsvæsenet. Afrapportering fra feedbackmøde med patienter og pårørende (VIBIS, 2023). 2: Sundhedsvæsenet ifølge danskerne (Trygfonden & Mandag Morgen, 2016 3: Muligheder og forudsætninger for omstilling til det primære sundhedsvæsen (Sundhedsstyrelsen, 2023)

Stigende opgavekompleksitet i det nære

- Over en årrække er liggetiden på sygehusene nedbragt, så Danmark i dag har den korteste indlæggelsestid sammenlignet med EU og andre nordiske lande, jf. figur 5.
- Udviklingen afspejler bl.a. omlægning til mere skånsom behandling, som muliggør, at patienterne kan være i eget hjem – evt. med indsatser i det nære sundhedsvæsen.
- Udviklingen betyder samtidig, at patienter udskrives med mere komplekse pleje- og fortsatte behandlingsbehov, som skal håndteres i et samarbejde på tværs af tre sektorer eller i samarbejdet mellem praktiserende læge og kommuner.²
- Ifølge KL steg andelen af +80-årige, som har behov for kommunal sygepleje i mere end tre dage efter udskrivning fra sygehus fra 23% til 36% fra 2017 til 2021.³
- Varetagelsen af flere komplekse behandlings- og plejeopgaver i det nære stiller krav om, at aktørerne løbende koordinerer og tilpasser sin opgaveløsning og arbejdsdeling for at tilbyde patienterne et sammenhængende behandlingsforløb.

Figur 5: Gennemsnitlig liggetid på somatiske sygehuse, 2014–2021¹



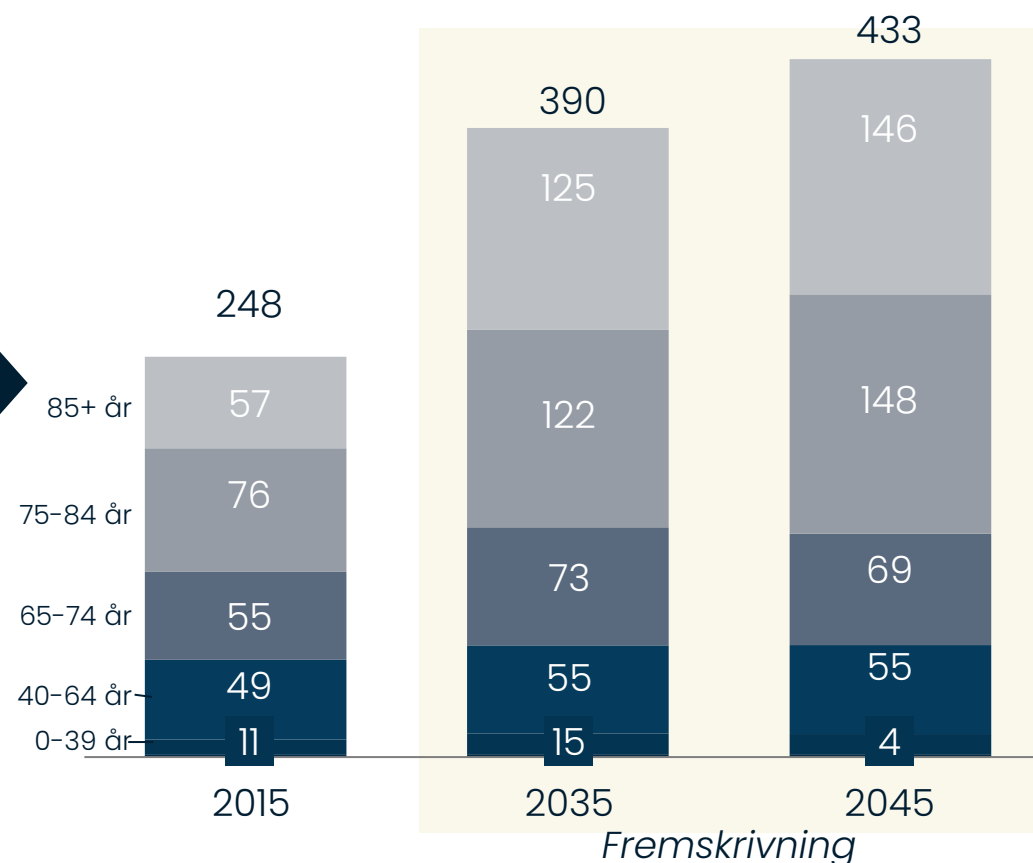
Kilde: 1: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2023, Sundhedsdatastyrelsen. 2: Primary Health Care in the Nordic Countries: Comparative Analysis and Identification of Challenges (VIVE, 2020). 3: Sådan styrker vi det nære sundhedsvæsen tilbud til ældre patienter (KL & Ældre Sagen, 2023)

Anm.: 1: Liggetiden er beregnet i dage for indlæggelser (sygehusophold \geq 12 timer). Somatikken er defineret ved, at alle kontakter i indlæggelsen er somatiske

Flere patienter med kontakt til alle tre sektorer

- En fremskrivning af antallet af patienter med forløb på tværs af tre sektorer viser en vækst på 60% på 20 år. Langt størstedelen er over 65 år, jf. figur 6.
- For patienter med komplekse behandlingsbehov eller skrøbelighed repræsenterer sektorovergange risiko for tabt information, manglende sammenhæng og unødvendige undersøgelser og utilsigtede hændelser. ²
- Ifølge Sundhedsstyrelsen har patienter med skrøbelighed eller kronisk sygdom typisk størst gavn af helhedsorienteret behandling forankret i det primære sundhedsvæsen.
- Sundhedsvæsenets nuværende organisering og opgavedeling understøtter ikke i udgangspunktet disse tværgående forløb, hvorfor der ses en fremvækst af kompenserende tiltag i form af fx udgående funktioner og 72 timers udvidet behandlingsansvar.

Figur 6: Antal unikke borgere med kontakt til alle tre sektorer pr. aldersgruppe (1.000), 2015-2045F ¹



Kilder: 1: Boston Consulting Group pba. data fra Sundhedsdatastyrelsen (Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret; CPR-registeret, Plejehjemsdata; RUKS) (2023). 2: Muligheder og forudsætninger for omstilling til det primære sundhedsvæsen (Sundhedsstyrelsen, 2023)

Anm.: 1: Opgørelsen er eksklusiv psykiatri. Metode uddybes i bilag.

Sektoroverskridende løsninger udbredes langsomt

- Der er mange gode eksempler på lokale og regionale initiativer, som medfører store gevinster for både patienter og sundhedsøkonomi.
- Eksempelvis har "Kom trygt hjem"-projektet på Kolding Sygehus reduceret dødeligheden og andelen af patienter, der genindlægges inden for 30 dage med 57%.¹
- Mange projekter, som resulterer i bedre forløb for patienter og lavere udgifter på sygehusene, kræver investeringer i det nære sundhedsvæsen og ny teknologi. Udbredelse af disse projekter vanskeliggøres ofte af, at kommuner og regioner ikke kan prioritere økonomi på tværs af patientforløbet.²
- Robusthedskommissionen har desuden beskrevet udfordringer med en "not invented here"-kultur, hvor ressourcer prioriteres til udvikling og pilotprojekter frem for idriftsættelse og skalering af løsninger fra andre regioner.
- Patienter og personale efterspørger generelt, at information deles bedre på tværs af sundhedsvæsenet, end tilfældet er i dag.³

57%

Reduktion af genindlæggelser for patienter på +65 år med hoftencært lårbrud, som udskrives til plejecenter i projektet "Kom trygt hjem".¹

63%

Ønsker mere individuel og personlig behandling, selvom det betyder, at sundhedsinformationer deles med relevante parter.³

Kilde: 1. Tværsektoriel indsats forebygger genindlæggelse. (Dall-Hansen D, Andersen LR, Fredholm L, Grejsen H. , Fag & Forskning 2021;(4): 34-41). 2. Robusthedskommissionens anbefalinger (2023). 3. Helhedsorienteret behandling (Danske Patienter, 2018).

Udfordring 2: Ubalance mellem det specialiserede og det nære sundhedsvæsen

Det stigende antal +80-årige øger især efterspørgslen på indsatser i det nære sundhedsvæsen.

Fremskrivninger viser, at rekrutteringssituationen for kernemedarbejdere i det kommunale sundhedsvæsen er udfordret, mens antallet af læger i almen praksis har udviklet sig langsomt relativt til sygehusområdet.

Sammenlignet med andre lande har Danmark investeret en relativt lille andel af sundhedsudgifterne i det nære sundhedsvæsen.

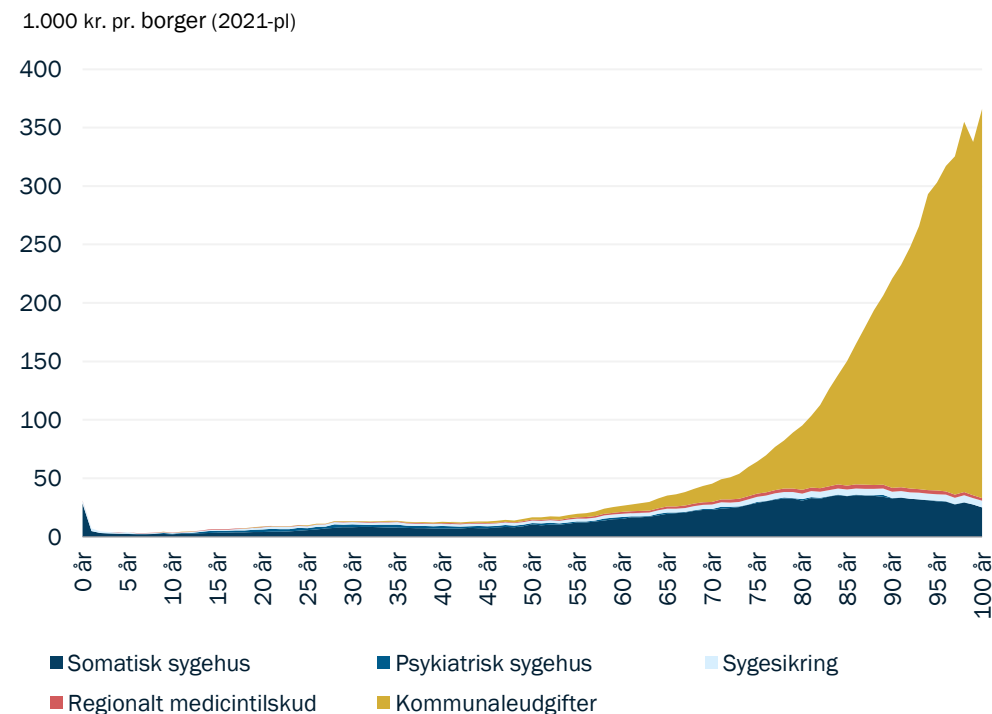
Derfor skal der over en årrække ske en markant styrkelse af det nære sundhedsvæsen, som afspejler et ændret behandlingsbehov. Det indebærer en styrkelse af almen praksis – både i forhold til opgaver og tilgængelighed.



Øget efterspørgsel på nære sundhedstilbud

- Udviklingen i sygdomsbilledet betyder, at flere patienter har behov for sygepleje, personlig pleje, genoptræning og patientrettet forebyggelse i det nære sundhedsvæsen.
- Det gennemsnitlige behov for behandling og pleje stiger med alderen, og i de høje aldersgrupper løfter særligt det nære sundhedsvæsen omsorgs- og plejeindsatser, jf. figur 7.
- Bevægelsen fremgår af udgiftsudviklingen på tværs af sundhedsvæsenets sektorer, hvor de kommunale sundhedsudgifter stiger relativt meget (~45%) fra 2010-2021, jf. Robusthedskommissionen.
- Udviklingen i sygdomsbilledet betyder, at det gensidige afhængighedsforhold mellem sektorerne øges, idet behandlingsansvaret ligger i almen praksis eller på sygehuset, mens pleje og omsorg ydes af kommunen.

Figur 7: De gennemsnitlige udgifter pr. borger til sundheds- og omsorgsydelser, 2021



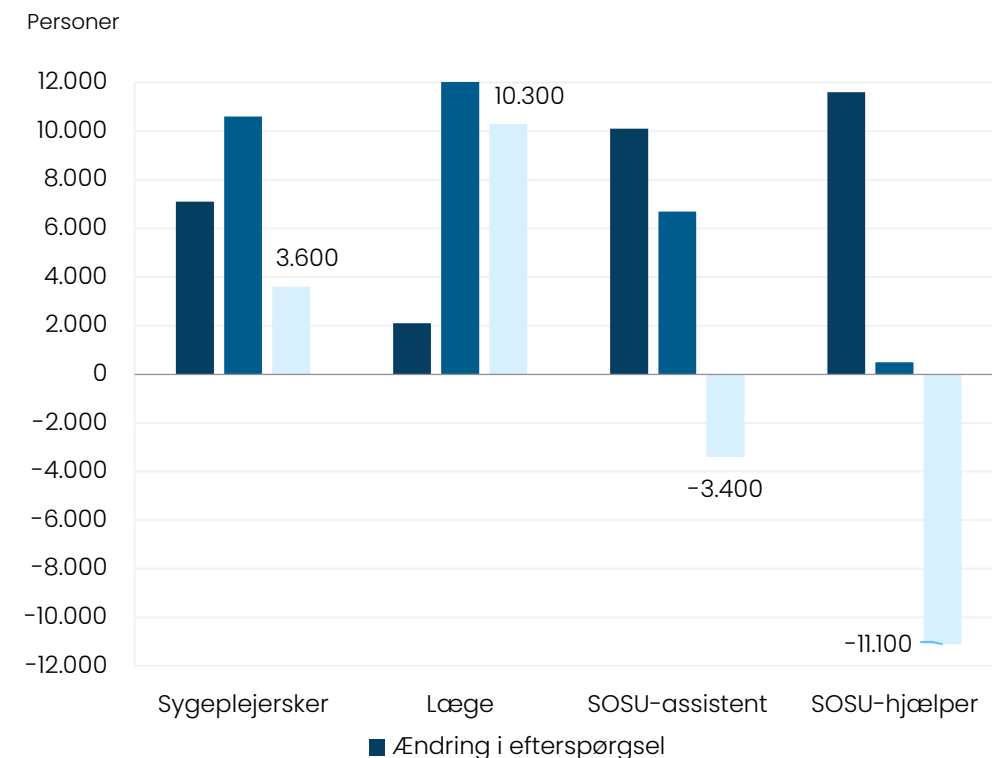
Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), takstsystem 2021, Lægemiddelstatistikregisteret, Statistikbanken (kontoplan), Kommunernes elektroniske omsorgsjournalssystem (EOJ) og Plejehjemsdata (PLH), Sundhedsdatastyrelsen.

Anm.: De kommunale sundheds- og plejeudgifter pr. borger stiger med borgerens alder, også når man kontrollerer for afstand til død, men mere afmålt end det indikeres af figuren. I datagrundlaget for de kommunale udgifter indgår 85 kommuner, idet datagrundlaget kun er tilstrækkeligt for disse. Opgørelserne for 2021 er påvirket af ændringer i aktiviteten som følge af covid-19 og sygeplejerskestrejken. (2021-PL)

Mangel på nøglemedarbejdere

- I dag udgør SOSU-assistenter og -hjælpere hovedparten af de ansatte i den kommunale syge- og ældrepleje. Særligt for de ældste aldersgrupper, som vil vokse i de kommende år, udfører disse medarbejdergrupper størstedelen af sygepleje, personlig pleje, forebyggende og rehabiliterende indsatser.
- En mekanisk fremskrivning viser, at allerede frem mod 2030 vil der mangle hhv. 3.400 og 11.100 SOSU-assistenter og -hjælpere. I 2021 udgjorde den samlede arbejdsstyrke af disse medarbejdergrupper ca. 113.000 personer.
- Modsat forventes udbuddet af sygeplejersker at følge efterspørgslen, mens udbuddet af læger stiger markant relativt til efterspørgslen, jf. figur 8.
- Fremskrivningen illustrerer en helt central udfordring i lyset af den demografiske udvikling, som understreger behovet for at udvikle og opruste det nære sundhedsvæsen, så flere kan understøttes i at leve så selvhjulpent som muligt.

Figur 8: Fremskrivning af udbud og efterspørgsel på udvalgte velfærdsmedarbejdere, 2021-2035F



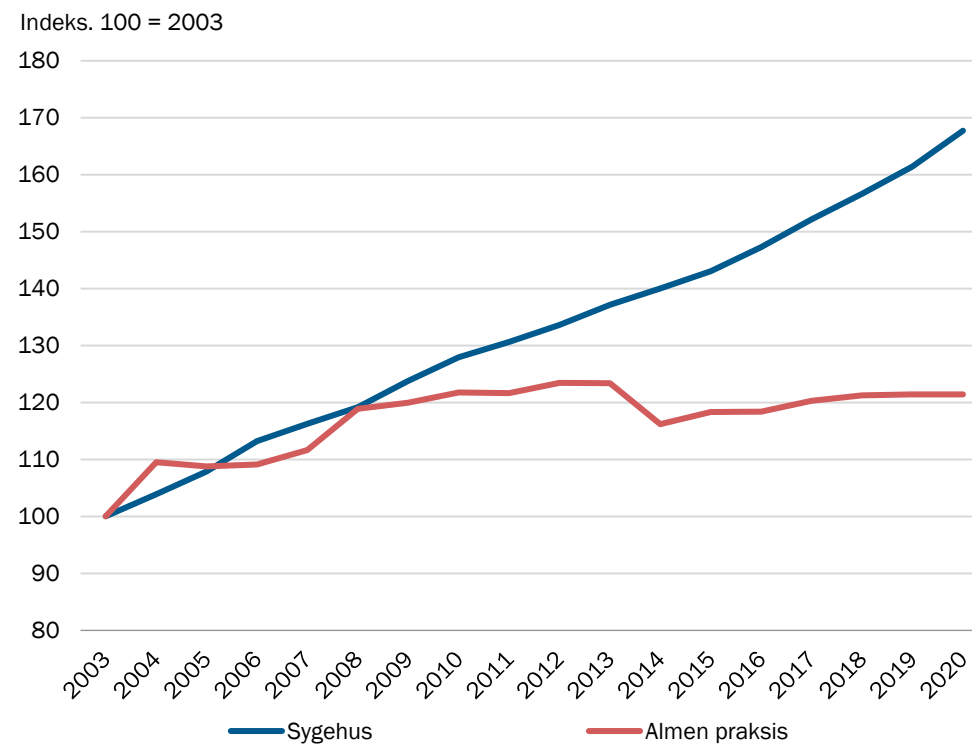
Kilde: Økonomisk Analyse: Rekruttering af velfærdsmedarbejdere nu og i fremtiden (Finansministeriet, 2023).

Anm.: Fremskrivningerne kan ikke tolkes som prognoser, men alene mekaniske fremskrivninger, der bygger på nuværende adfærd, serviceniveau, personalesammensætning og en række antagelser.

Almen praksis har ikke udviklet sig i samme takt som sygehuse

- Over de seneste 20 år har tilvæksten af læger på sygehusene og i almen praksis været ujævn.
- Fra 2003 til 2020 er antallet af sygehuslæger steget med 68% til 19.000 og læger i almen praksis med 21% til 4.400. I absolutte tal svarer det til en stigning i ca. 8.000 læger på sygehusene, og ca. 800 i almen praksis.¹
- Udviklingen i almen praksis går mod større klinikker, men ca. 31% er stadig solopraksis uden samarbejde. Denne praksistype er overrepræsenteret i hovedstadsområdet.²
- Almen praksis har øget beskæftigelsen af sundhedsfagligt personale over de seneste 10 år. Forskellige praksistyper ansætter i varierende grad sygeplejersker, og flere solopraksis, både med og uden samarbejde, angiver at de ikke har sygeplejersker ansat (22-29%) modsat andre praksistyper (6-9%).²

Figur 9: Vækst i antal læger ansat i hhv. sygehuse og almen praksis, 2003-2020¹



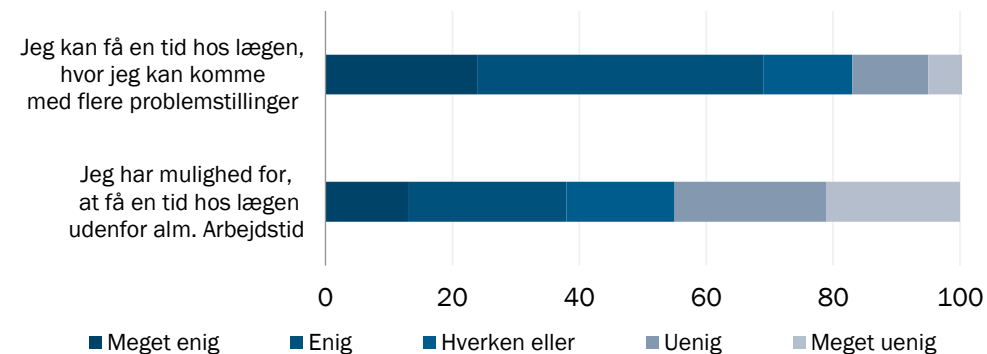
Kilde: 1: Esundhed (Sygesikringsregisteret, Yderregisteret, Bevægelsesregisteret, Kommunernes og Regionernes Løndatakontor), egne beregninger. 2: Kortlægning af udvikling af praksisformer i almen praksis (BDO, 2023).

Anm.: 1: Indeks = 2003. Det bemærkes, at figuren er opgjort i antal personer beskæftiget i den pågældende sektor, og ikke i fuldtidsbeskæftigede/lægekapaciteter.

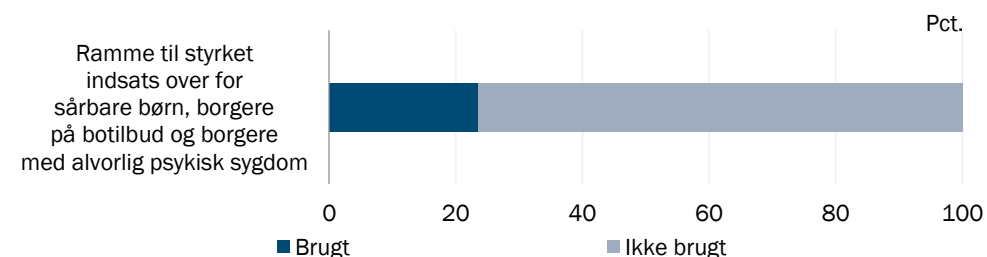
Efterspørgsel på øget tilgængelighed i almen praksis

- De fleste patienter (90%) mener, det er vigtigt at kunne gå til lægen med flere problemer samtidig. Alligevel oplever ca. 20% ikke, at dette er en mulighed, jf. figur 10.
- Ca. en tredjedel af patienterne mener, det er vigtigt at kunne få en konsultation ved egen læge uden for almindelig arbejdstid. Halvdelen af disse oplever dog ikke, at det ikke er muligt, jf. figur 10.
- Der er samtidig efterspørgsel på, at almen praksis øger sin tilgængelighed for sårbare grupper. Med seneste overenskomst blev der afsat i alt 38 mio. til indsatser for at reducere ulighed i sundhed hos sårbare børn, borgere på botilbud og borgere med alvorlig psykisk sygdom.
- Danske Regioner forventer imidlertid kun, at der i 2023 vil blive anvendt ca. 9 mio. af de afsatte midler på disse proaktive indsatser i almen praksis. Det svarer til mindre end en fjerdedel af den ønskede indsats, jf. figur 11.

Figur 10: Oplevelse af tilgængelighed hos almen praksis ¹



Figur 11: Forbrug af overenskomstmidler afsat til reduktion af ulighed i sundhed (prognose), 2023 ²



Kilde: 1: Det mener patienterne om almen praksis (Danske Patienter, 2021).

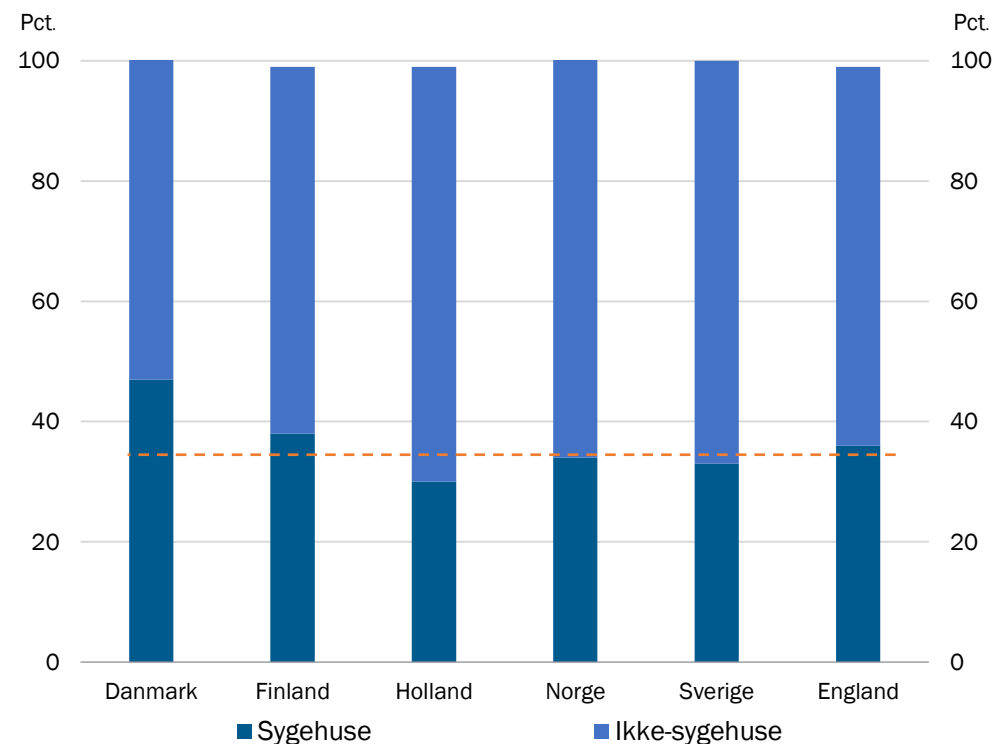
2: Status på indsatser aftalt i OK-22 vedr. almen praksis (Danske Regioner, 2023)

Anm.: 1: Figur 10 viser svarandele for patienter, som har angivet, at det pågældende spørgsmål er vigtigt for dem. 2: Figur 11 viser en prognose for forbruget i 2023, lavet på baggrund af tal fra første halvår 2023.

Sundhedsvæsenet er sygehustungt

- Sundhedsvæsenet i Danmark bruger en markant større andel af sundhedsudgifterne på sygehusvæsenet end andre sammenlignelige lande, jf. figur 12.
- Figuren opdeler udgifter i sygehusrelaterede og ikke-sygehusrelaterede. Sidstnævnte dækker bl.a. over det nære sundhedsvæsen (herunder kommuner og almen praksis), ældrepleje, præventiv behandling og medicinsk udstyr mm.
- Fordelingen indikerer et potentiale for at styrke indsatsen på det lavest effektive omsorgsniveau, som er det nære sundhedsvæsen.

Figur 12: Sundhedsudgifter fordelt på funktioner, 2020



Kilde: OEDC (Health Care Functions), egne beregninger.

Anm.: Udgiftsfordelingen er tilsvarende i året før COVID-19 (2019), og opgørelsen påvirkes derfor ikke af bl.a. testindsats mv.

Udfordring 3: Skæv fordeling af sundhedstilbud

På tværs af landet er der store forskelle i, hvor mange patienter med en behandlingskrævende sygdom, som skal varetages af en praktiserende læge.

Foruden variation i andelen af ældre borgere på tværs af landet er der desuden betydelige forskelle i de +65-åriges gennemsnitlige helbredstilstand og dermed deres behov for sundhedsydelse.

Rekrutteringssituationen for almen praksis forventes samlet set at forbedres i de kommende år. Alligevel er udsigterne til forbedring i de dele af landet, som allerede er udfordret af lægedækning, ikke gode. I de lægedækningstruede områder har flere patienter en behandlingskrævende sygdom end gennemsnitligt. Samtidig besættes i disse dele af landet den laveste andel uddannelsesforløb.

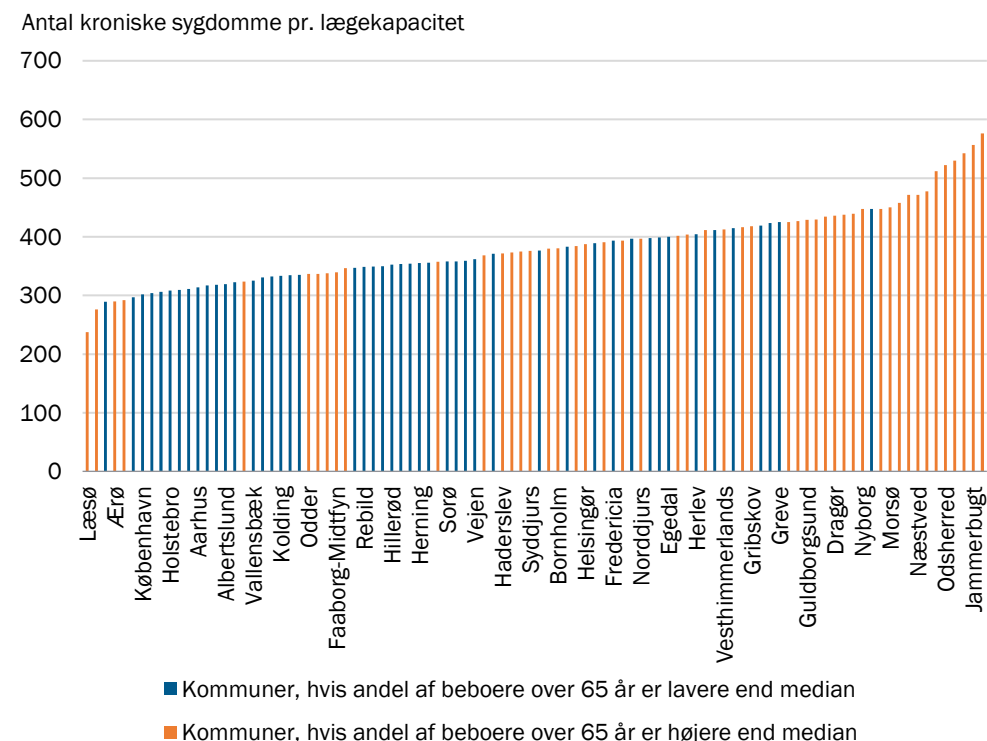
Der er derfor behov for at omfordele sundhedsydelser og gøre det mere attraktivt for læger at komme ud i de dele af landet, hvor behovet er størst.



Større krav og nye opgaver til almen praksis

- Der er store forskelle i patientsammensætningen i almen praksis på tværs af landet. Dette kan fx vises ved at sammenligne forekomsten af kroniske sygdomme pr. lægekapacitet på tværs af kommuner, jf. figur 13.
- Der er en markant skævhed i fordelingen af økonomiske og lægelige ressourcer i almen praksis relativt til antallet af behandlingskrævende patienter med den konsekvens, at patienter i nogle dele af landet vil opleve relativt mindre tilgængelighed til lægehjælp.
- Udfordringen kan forstærkes i områder med lægemangel – navnlig dele af Nordjylland og det sydlige Sjælland – hvor de tilbageværende læger vil påtage sig en større gruppe patienter relativt til deres behandlingsbehov.

Figur 13: Antal kroniske sygdomme pr. lægekapacitet i almen praksis, 2022



Kilde: Esundhed (RUKS, Yderregisteret), egne beregninger.

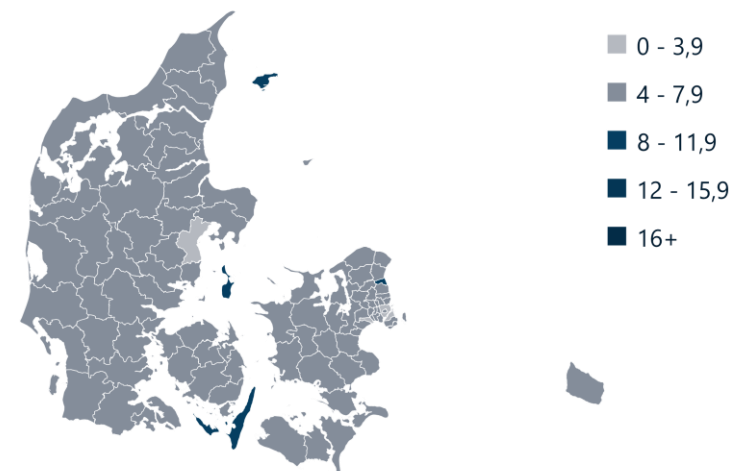
Anm: Kroniske sygdomme er her opgjort som astma, demens, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), leddegigt, osteoporose (knogleskørhed), skizofreni, type 1- og 2-diabetes.

Geografisk ulige fordeling af de ældste ældre i fremtiden

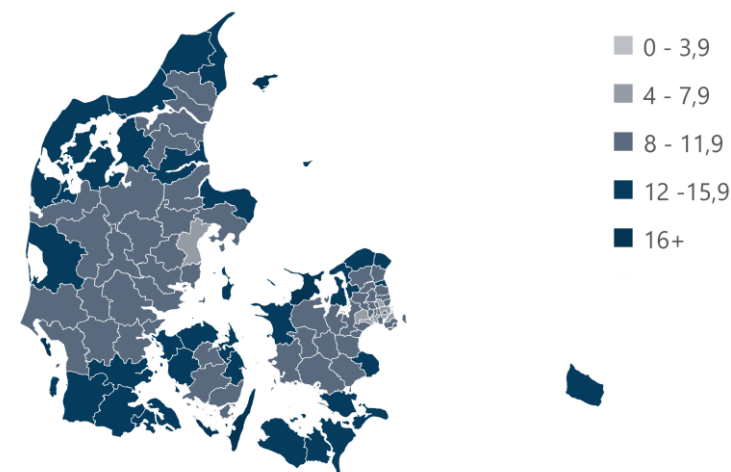
- I dag er de ældste ældre forholdsvist ligeligt fordelt mellem store og små kommuner, både i antal og andel. I dag bor 71% af de ældste ældre (+80-årige) i de 49 største kommuner målt på indbyggertal. Kun få kommuners befolkning udgøres af mere end 8% af de ældste ældre.
- I 2050 vil den andel falde til 58%, og dermed vil færre, men stadig hovedparten, af de ældste ældre bo i større kommuner.
- Udviklingen indebærer, at mange yderkommuner i fremtiden vil have en større andel +80-årige i befolkningen sammenlignet med bykommunerne, jf. figur 14.
- Derudover har de ældre i yderkommunerne typisk en dårligere sundhedstilstand end gennemsnittet og bl.a. flere kroniske sygdomme. Behovet for sundhedsydelse vil derfor være højere pr. ældre i de kommuner, som også har den højeste andel af de ældste ældre i deres befolkning.
- Lige adgang til sundhedsydelser vil derfor kræve en relativt bedre tilgængelighed til sundhed i de områder, hvor det forventede forbrug er højest.

Figur 14: Andel borgere +80 i pct., 2023-2050F

2023



2050

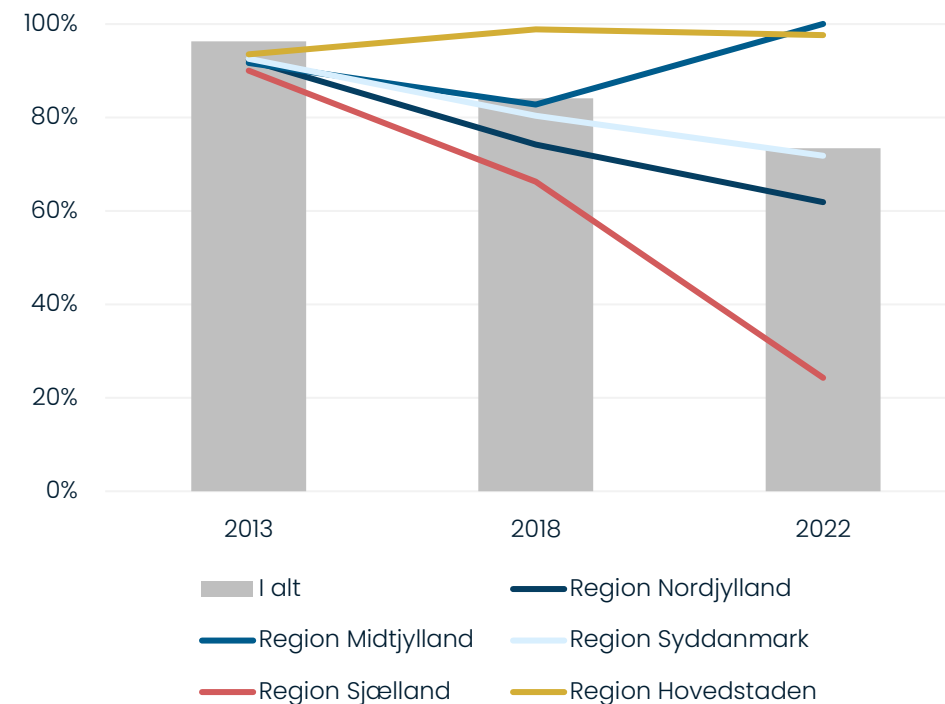


Kilde: Danmarks Statistik, tabellerne FOLKIAM og FRKM123. Egne beregninger.

Dybe udfordringer med lægedækningen i dele af landet

- Prognoser viser, at der vil ske en væsentlig stigning i antallet af speciallæger i almen medicin over de kommende år.
- Men besættelsesgraden af uddannelsesstillinger varierer markant på tværs af regionerne. I Region Midtjylland og Region Hovedstaden besættes stort set alle uddannelsesstillinger, mens særligt Region Sjælland og Region Nordjylland halter bagefter, jf. figur 15.
- I sammenhæng med den geografiske skævhed i udfordringen i sygdomsbilledet kan dette forværre i forvejen betydelige udfordringer med bl.a. lægedækning i Region Nordjylland og Region Sjælland.

Figur 15: Besatte hoveduddannelsesforløb i almen medicin pr. region i pct., 2013-2022



Kilde: Speciallæge i almen medicin (VIVE, 2023)

Anm.: Grafen viser andelen af dimensionerede hoveduddannelsesforløb, som besættes.

SUNDHEDSSTRUKTURKOMMISSIONEN

Bilag 1.1:

Metodebeskrivelse

Sundhedsstrukturkommissionen

Bilag: Metodebeskrivelse

Metodebeskrivelse af fremskrivninger

Figur 2

Fremskrivningen er udarbejdet af DREAMgruppen. DREAMs SMILE er en mikrosimulationsmodel, der anvendes blandt andet til at fremskrive udbredelsen af kroniske sygdomme såsom KOL, type 2-diabetes og multimorbiditet.

SMILE genererer individuelle livsforløb, hvilket muliggør analyse og fremskrivning af befolkningens helbredstilstand over tid. Modellen trækker på data fra Danmarks Statistik. SMILE omfatter en detaljeret modellering af befolkningens person- og familiespecifikke forhold, herunder fertilitet, dødelighed, flyttemønstre, geografiske bopælsforhold og øvrige socioøkonomiske forhold. Hver enkel person i befolkningen udsættes hvert år for en række forskellige hændelser, der bestemmer vedkommendes livsforløb.

Modellen nuancerer startbefolkningen ved at integrere prævalensdata, og dens dynamik er baseret på overgangssandsynligheder mellem helbredstilstande.

Kilde: DREAMgruppen.

Figur 6

Fremskrivningen er udarbejdet af Boston Consulting Group. Antal borgere med kontakt til både sygehus, almen praksis og kommunale sundheds- og plejeindsatser fra 2015-2022 er indhentet fra Sundhedsdatastyrelsen.

Som basis for fremskrivning mod 2045, indregnes den demografiske udvikling for hver aldersgruppe, mens andelen af borgere i kontakt fastholdes. For hver aldersgruppe beregnes altså andelen af alle borgere, der har kontakt til alle tre områder af sundhedsvæsenet i 2022. Det antages herefter, at denne andel forbliver den samme i årene 2022-2045. Det fremskrevne antal af borgere i kontakt fås dermed, ved at gange det forventede antal borgere i hver aldersgruppe (som opgivet af Danmarks Statistik) med andelen af borgere i kontakt med alle områder i 2022.

I hele beregningen behandles hver aldersgruppe således separat. Da aldersgrupperne afspejler borgerens alder pr. 1 januar i opgørelsesåret, kan disse summers, for at finde det samlede antal borgere med kontakt til alle dele af sundhedsvæsenet.

Kilde: Boston Consulting Group

Bilag 2:

Muligheder og forudsætninger
for omstilling til det primære
sundhedsvæsen.

Analyse for Sundhedsstrukturkommissionen,
Sundhedsstyrelsen



SUNDHEDSSTYRELSEN

Muligheder og forudsætninger for omstilling til det primære sundhedsvæsen

Analyse for Sundhedsstrukturkommissionen

Sundhed for alle ♥+●

Muligheder og forudsætninger for omstilling til det primære sundhedsvæsen

Analyse for Sundhedsstrukturkommissionen

[I forbindelse med publikationen af Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering, kan det forventes, at dette dokument udgives i forbindelse hermed]

© Sundhedsstyrelsen, 2024.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

Foto: Sundhedsstyrelsen

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-587-9

www.sst.dk

Indholdsfortegnelse

1. Resumé	4
2. Introduktion	7
2.1. Formål	7
2.2. Betingelser for sundhedsvæsenet.....	8
3. Muligheder for omstilling.....	17
3.1. Sundhedsvæsenets kapacitet og indretning	18
3.2. Muligheder for ændret opgaveplacering og -transformation	22
3.3. Ny opgaveplacering og -løsning af sundhedsvæsenets hovedopgaver	27
3.4. Udredning og diagnostik.....	27
3.5. Behandling og behandlingskontrol	28
3.6. Træning, genoptræning og rehabilitering.....	29
3.7. Pleje og omsorg, herunder palliation.....	30
3.8. Patientrettet forebyggelse.....	32
4. Forudsætninger for omstilling	33
4.1. Udbredelse af teknologisk og digital understøttelse samt brug af data	34
4.2. Forebyggelse	35
4.3. Kompetencer.....	36
4.4. Prioritering af sundhedsindsatser.....	38
4.5. Strategisk sundhedsplanlægning	38
4.6. Bedre sammenhæng på tværs af sundhedsområdet og tilgrænsende områder	39
4.7. Forskning.....	40
4.8. Takt i omstillingen	41

1. Resumé

Til brug for Sundhedsstrukturkommissionens arbejde er Sundhedsstyrelsen anmodet om en analyse af langsigtede og visionære muligheder for opgavevaretagelse i det primære sundhedsvæsen. Den skal belyse:

- *Muligheder for omstilling*; herunder med oplæg til, hvilke opgaver og målgrupper der kan varetages i det primære sundhedsvæsen
- *Forudsætninger*; herunder med beskrivelse af de forhold, der skal være opfyldt for, at opgavevaretagelsen kan finde sted i det primære sundhedsvæsen

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at det er nødvendigt med en markant omstilling af det samlede sundhedsvæsen for også i de kommende tiår at kunne tilbyde befolkningen behandling¹ af god kvalitet og samtidig imødegå nogle betydelige udfordringer; uklart ansvar for det samlede patientforløb, ubalance mellem det primære og specialiserede sundhedsvæsens kapacitet samt ulige fordeling af sundhedstilbuddene.

Udviklingen i de seneste årtier med øget specialisering og centralisering i sygehusvæsenet har haft til formål at optimere diagnostik og behandling af mennesker med veldefinerede helbredsproblemer. Det har bidraget til store forbedringer af behandlingskvaliteten, og det skal fastholdes. Ændringer i befolkningssammensætning og sygdomsmønster betyder imidlertid, at stadigt flere vil have gavn af at blive behandlet i det primære sundhedsvæsen fremfor i det specialiserede. Det skyldes særligt, at stadigt flere lever længere med sygdomme, der tidligere ville have været livstruende. Det medfører, at der vil være relativt mange med flere samtidige kroniske sygdomme – fysiske og psykiske – og skrøbelighed på grund af alderssvækkelse mv.

For mange mennesker betyder det, at den optimale samlede behandlingsstrategi skal sammenvæjes ud fra mange hensyn – blandt andet kombinationen af sygdomme og symptomer, bivirkninger til behandlingen, oplevet sygeliggørelse i hverdagen, livskvalitet og ønsker for livet. Det hører med her, at en kombination af flere samtidige behandlinger øger risikoen for uønskede effekter, og at diagnostiske undersøgelser langt fra altid fører til behandling, der opleves at få en sundhedsmæssig værdi. Desuden er det erfaringen, at det kan være til ulempe at blive behandlet på sygehus med risiko for under-/overdiagnostik og -behandling, fejl og tabt effekt af tidligere indsatser. Forskellige undersøgelser i Danmark viser (og internationale er samstemmende), at 20 pct. eller mere af aktiviteterne

¹ Behandling¹ forstås i denne sammenhæng ud fra den brede definition jf. sundhedslovens § 5. "Behandling omfatter efter denne lov undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient." Sundhedsloven. LBK nr. 903 af 26/08/2019

på sygehuse er unødige^{2,3,4,5}. Dertil kommer opgaveflytning og -transformation af aktiviteter fra sygehuse til det primære sundhedsvæsen særligt omhandlende det store antal mennesker med multisygdom. Sideløbende sker der en stigning i antallet af almenmedicinske speciallæger (prognosticeret til ≈ 40 pct. fra 2019 til 2035⁶). Med udgangspunkt i et styrket primært sundhedsvæsen og sygehuse, som fortsat varetager behandling, hvor der er påkrævet disse kompetencer og udstyr vurderes det, at der er et stort potentiale for omstilling med en øgning i andelen af aktiviteten i det primære sundhedsvæsen (et groft skøn i størrelsesorden 30-40 pct. over en årrække). Omstillingen af sundhedsvæsenet må derfor omfatte en nøje vurdering af, hvilken behandling der giver værdi samt reducere og gentænke tilrettelæggelsen herefter.

Udover, at en anden måde at levere indsatser på i et omstillet sundhedsvæsen kan øge kvaliteten for mange mennesker med sammensatte helbredsproblemer, viser fremskrivninger af udviklingen på efterspørgsels- og personalesiden i de kommende årtier, at en fortsat specialisering med sygehusene som omdrejningspunkt ikke er mulig, fordi arbejdskraften ikke kan udvides svarende til befolkningens stigende levetid og sygelighed. Et stærkere primært sundhedsvæsen, som varetager flere patientforløb i eget regi, kan samtidig frigøre sygehusene fra opgaver forbundet med indlæggelser, undersøgelser og ambulante konsultationer, der ikke er meningsfulde for personalet, som kan bruge deres kompetencer og tid bedre. En anden tendens på samfundsniveau er den ulige fordeling af sygdom og sundhed samt tilsvarende skævhed med hensyn til arbejdsstyrken i sundhedsvæsenet. Sundhedsvæsenet og de enkelte dele heri bør tilpasses denne udvikling, da et sundhedsvæsen, der er stærkt i hele kæden, er til gavn for borgerne.

Mere konkrete forudsætninger skal være tilstede, og i takt hermed kan omstillingen realiseres. I Sundhedsstyrelsens vurdering af centrale forudsætninger for omstillingen, er nedenstående identificeret:

- Strategisk sundhedsplanlægning; anlægge brede hensyn lokalt og understøtte gennem nationale tiltag; omstillingen sker ikke af sig selv og slet ikke målrettet på så komplekst et felt over så lang tid, som det er nødvendigt
- Kompetencer; fordele efter befolkningens behov og fleksibel arbejdstilrettelæggelse
- Teknologi, digitalisering og data; udbrede infrastruktur, services mv. til hele sundhedsvæsenet; rette markant mere til borgeres hjælp-til-selv hjælp
- Forebyggelse; begrænse behov for sundhedsydelse; begrænse unødigt sygeliggørelse og medikalisering
- Prioritering; placere kapaciteter, hvor de skaber størst sundhedsmæssig værdi; begrænse aktiviteter, der ikke skaber sundhedsmæssig værdi

² [Robusthedskommissionens anbefalinger](#). Kommissionen for robusthed i sundhedsvæsenet, 2023

³ [Lüksusfælden i Sundhedsvæsenet](#). Ugeskrift for Læger, november 2023

⁴ [Tackling Wasteful Spending on Health](#). OECD, 2017

⁵ [Forebyggelse af indlæggelse](#). Dansk Sundhedsinstitut, 2011

⁶ [Lægeprognose 2021-2045 – udbuddet af læger og speciallæger](#). Sundhedsstyrelsen, 2022

- Forskning og kvalitetsudvikling; udbygge særligt for den del, der varetages i det primære sundhedsvæsen, så opgaver, kompetencer, viden og transparens følges ad
- Sammenhæng på tværs; struktur, organisering mv.

Mulighederne for omstilling må alt andet lige forventes at stige over tid grundet udviklingen i behandling og teknologisk understøttelse, der giver stadigt færre institutionsbundne kompetencer og udstyr.

Det er desuden helt afgørende for en omstilling som denne, at der er en forståelse bredt i sundhedsvæsenet og i befolkningen, af, at sundhedsvæsenet på denne måde vil tilgode dese befolkningens og samfundets behov bedst muligt.

2. Introduktion

2.1. Formål

I marts 2023 nedsatte regeringen Sundhedsstrukturkommissionen⁷, som har til opgave at udarbejde et beslutningsgrundlag, der opstiller og belyser modeller for den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet.

Til brug for kommissionens arbejde er anmodet om et bidrag fra Sundhedsstyrelsen med en analyse af langsigtede og visionære muligheder for opgavevaretagelse i det primære sundhedsvæsen, herunder opgaveflytning, opgavetransformation, forebyggelse af sygdom – og dermed unødigt træk på sundhedsydelse – samt indsatser i det primære sundhedsvæsen med høj sundhedsmæssig værdi for befolkningen.

I analysen besvares to overordnede spørgsmål:

- Muligheder for omstilling; herunder med oplæg til hvilke opgaver og målgrupper, der kan varetages i det primære sundhedsvæsen
- Forudsætninger; herunder med beskrivelse af de forhold, der skal være opfyldt for, at opgavevaretagelsen kan finde sted i det primære sundhedsvæsen

Analysen er udarbejdet i efteråret 2023, og er baseret på Robusthedskommissionens anbefalinger og Sundhedsstyrelsens udgivelser *Faglig ramme for etablering af nærhospitalet*, *Foranalyse af den fremtidige opgaveløsning i almen medicinske tilbud*, notat om faglig bæredygtighed⁸, Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedrørende revision af den lægelige videreuddannelse⁹ samt kvalitetsstandarder¹⁰. Desuden er den blevet kvalificeret med inddragelse af ledere og fagfolk bredt fra sundhedsvæsenet, Sundhedsdatastyrelsen samt medlemmer af Sundhedsstrukturkommissionen og dennes sekretariat¹¹.

Med analysen gives et bud på, hvordan sundhedsvæsenet kan tilpasses udviklingen i befolkningssammensætning, sygdomsmønstre, behandling og teknologi med henblik på at forbedre befolkningens sundhed og møde borgernes behov med god kvalitet i sundhedsydelserne. Det indbefatter at modvirke en tendens til, at social og geografisk ulighed i sundhed kan forstærkes, såfremt der ikke etableres de rette sundhedsfaglige ressourcer til de områder og målgrupper med størst behov¹².

⁷ [Sundhedsstrukturkommissionens kommissorium, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2023](#)

⁸ Under udarbejdelse

⁹ [Høringsversion: Fremtiden speciallæge – ændring af den lægelige videreuddannelse, Sundhedsstyrelsen, 2023](#)

¹⁰ [Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner, Sundhedsstyrelsen, 2023. Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, Sundhedsstyrelsen, 2024.](#)

¹¹ I forbindelse med arbejdet har der været afholdt en workshop for udepegede videnspersoner, arrangeret af Sundhedsstyrelsen, 2023

¹² Julian Tudor Hart har beskrevet den såkaldte "omvendte omsorgslov" som en væsentlig kilde til ulighed i sundhed.: Hart, J.T. 1971 The inverse care law". *The Lancet*. 297(7696): 405–12

Analysen skal ses som et visionsorienteret oplæg med henblik på at bidrage til Sundhedsstrukturkommissionens drøftelser, og vedrører hovedopgaver i sundhedsvæsenet som sygepleje, diagnostik, behandling, genoptræning, rehabilitering, palliation med videre. I og med, at der gives nogle ret vidtgående forslag til en omstilling af sundhedsvæsenet fokuseret på det primære sundhedsvæsen, vil der være behov for opfølgende at uddybe og nærmere undersøge en række forhold. De områder, som Sundhedsstyrelsen således ikke har taget stilling til i nærværende analyse er blandt andet den specifikke afgrænsning og ændringer i sygehusenes opgaver, organisering og kompetencer, forudsætninger i form af bygninger og apparatur samt privat praktiserende sundhedspersoner, der ikke er tilknyttet almen praksis.

I denne sammenhæng anvendes betegnelserne som følger:

- *Det primære sundhedsvæsen* omfatter indsatser i kommuner, almen praksis og andre privat praktiserende sundhedspersoner. Med undtagelse af akut sygdom udgør det primære sundhedsvæsen i dag typisk den første kontakt mellem borger og sundhedsvæsen samt den løbende og kontinuerlige indsats¹³.
- En *omstilling af sundhedsvæsenet* indebærer, at det primære sundhedsvæsen tilpasses og styrkes markant med henblik på at tage et større ansvar for flere patienter. Det skal gøre opgaveløsningen mere relevant og hensigtsmæssigt tilrettelagt for befolkningen. Udviklingen igennem de senere år har gjort det muligt i en vis udstrækning at omlægge sygehusindlæggelser til ambulante kontakter og behandling i eget hjem ved hjælp af kompetenceudvikling og digital/teknologisk understøttelse.
Anvendt i en større skala fremover vil omstillingen bestå af flere komponenter, herunder opgaveflytning og opgavetransformation understøttet af digitalt formidlede tilbud/værktøjer kombineret med indsatser i civilsamfundet og det primære sundhedsvæsen, som afløser eller forebygger sygehuskontakt.

2.2. Betingelser for sundhedsvæsenet

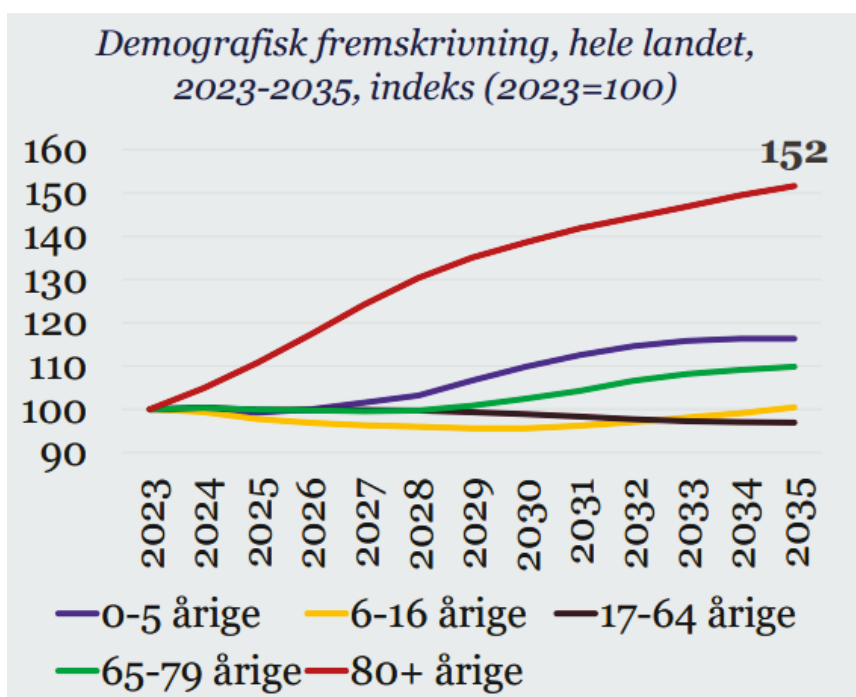
Demografisk udvikling

Befolkningens levetid og overlevelsen efter sygdom er steget støt gennem årene. I dag lever stadig flere mennesker således med kronisk sygdom og multisygdom, fordi sygdomme, der tidligere ville have været livstruende eller svært funktionsevnenedsættende nu kan behandles eller forekommer sjældnere takket være forebyggelse mv. I takt med, at antallet af ældre vil stige, og behandlingsmulighederne og levekårene forbedres, forventes yderligere stigning i antallet af personer med én eller flere samtidige kroniske sygdomme.

¹³ Faglig ramme for etablering af nærhospitaller, Sundhedsstyrelsen, 2022

Groft sagt er der inden for meget få år sket en ændring fra det generelle billede i befolkningen med, at relativt få mennesker har meget alvorlige sygdomme til, at relativt mange mennesker lever længe trods flere samtidige kroniske sygdomme.

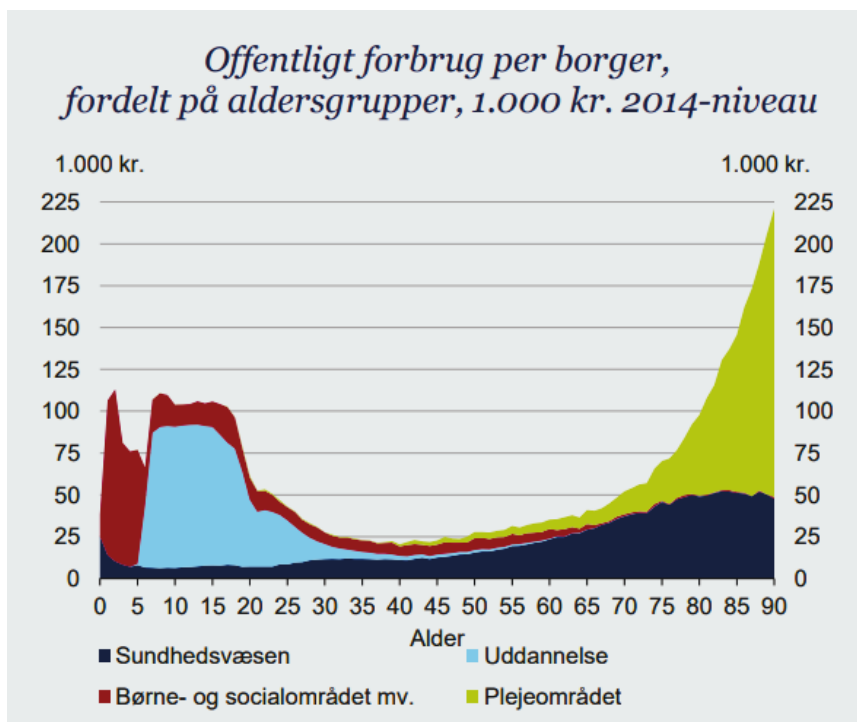
Danmark vil i de kommende år se en ændret demografi, hvor antallet af ældre forventes at stige. Befolkningsfremskrivninger viser, at i 2035 forventes befolkningsgruppen over 80 år at udgøre en langt større del af befolkningen sammenlignet med i dag (Se figur). Det skal ses i sammenhæng med, at hele befolkningen kun forventes at vokse med 3,8 pct. til godt 6.040.000 personer i 2030¹⁴. Samtidig vil den erhvervsaktive del af befolkningen ikke stige i samme størrelsesorden som antallet af børn og ældre, hvilket begrænser arbejdsstyrken¹⁵.



Figur 1: Demografisk fremskrivning. KL's Ældre- og Sundhedskonference 2023, oplæg v. Morten Mandøe

¹⁴ [Befolkningsfremskrivninger 2020-2060](#). Danmarks Statistik, 2023

¹⁵ [Robusthedskommissionen har i sin afrapportering fra 2023](#) indgående beskrevet sundhedsvæsenets udfordringer, der skyldes både udvikling i sygdomsmønstre, demografi samt rekrutteringsudfordringer og fremtidigt rekrutteringsgrundlag



Figur 2: Offentligt forbrug per borger. KL's Ældre- og Sundhedskonference 2023, oplæg v. Morten Mandøe

Den demografiske udvikling betyder, at antallet af mennesker, der lever med pleje- og behandlingskrævende sygdom vil stige som illustreret i figur 2. Sundhedsstyrelsens seneste sygdomsbyrderapport viser, at sygdomsbyrden i Danmark særligt udgøres af sygdomstilfælde i form af lænderygsmærter, slidgigt, nakkesmerter og depression. Herefter følger type 2-diabetes, iskæmisk hjertesygdom, angst, KOL, alkoholrelateret sygelighed og apopleksi¹⁶. Antallet af personer med multisygdom steg fra 41 til 47 pct. af befolkningen fra 2013 til 2021 og forventes at stige yderligere fremadrettet¹⁷. Se tabel 1. Mennesker med multisygdom har ofte mange kontakter til sundhedsvæsenet, da de kan have både somatiske og psykiske problemstillinger, nedsat funktionsevne og sociale udfordringer.

¹⁶ Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme. Sundhedsstyrelsen, 2022

¹⁷ Multisygdom i den danske befolkning. DEFACTUM, Region Midtjylland, 2022

Sygdom	Prævalens	Antal kontakter i sundhedsvæsenet
KOL	170.000 personer lever med KOL 50.000 danskere lider af svær eller meget svær KOL	<ul style="list-style-type: none"> - 10.202 ekstra antal planlagte og 84.132 ekstra antal akutte somatiske indlæggelser - 230.948 ekstra antal planlagte og 33.128 ekstra antal akutte somatiske ambulante hospitalskontakter - 1.228.366 ekstra kontakter til alment praktiserende læge
Iskæmisk hjertesygdom	204.000 personer lever med iskæmisk hjertesygdom 18.500 nye sygdomstilfælde pr. år	<ul style="list-style-type: none"> - 16.860 ekstra antal planlagte og 73.256 ekstra antal akutte somatiske indlæggelser - 300.834 ekstra antal planlagte og 29.979 ekstra antal akutte somatiske ambulante hospitalskontakter - 1.031.166 ekstra antal kontakter til alment praktiserende læge
Type 2-diabetes	322.000 personer lever med diabetes type-2	<ul style="list-style-type: none"> - 9.736 ekstra antal planlagte og 45.799 ekstra antal akutte somatiske indlæggelser - 324.746 ekstra antal planlagte og 16.936 ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter - 2.141.093 ekstra kontakter til alment praktiserende læge - 579.718 ekstra kontakter til fodterapi svarende til 88,4 % af alle kontakter til fodterapi - 95.215 ekstra kontakter til øjenlæge
Muskel-skelet-sygdomme	970.000 personer lever med lænderyg-smerter 660.000 personer lever med nakkesmerter 915.000 personer lever med slidgigt	<p>Lænderyg-smerter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1.035.510 ekstra kontakter til fysioterapeut og kiropraktor - 3.571.907 ekstra kontakter til alment praktiserende læge <p>Nakkesmerter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 17.634 ekstra antal planlagte og 46.251 ekstra antal akutte somatiske indlæggelser - 551.805 ekstra antal planlagte og 41.198 ekstra antal akutte somatiske ambulante hospitalskontakter - 794.526 ekstra kontakter til fysioterapeut og kiropraktor <p>Slidgigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 31.885 ekstra antal planlagte og 37.842 ekstra antal akutte somatiske indlæggelser - 595.413 ekstra antal planlagte og 35.498 ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter - 3.222.278 ekstra kontakter til alment praktiserende læge
Multisygdom	20-30% af den danske befolkning lever med multisygdom 240.000 danskere er komplekst multisyge med 4 eller flere kroniske sygdomme	<ul style="list-style-type: none"> - Personer med tre eller flere kroniske sygdomme har ca. 3 gange så mange kontakter til praktiserende læge end baggrundsbefolkningen - Antallet af hhv. indlæggelser, sengedage, genindlæggelser, besøg på skadestuen, ambulante kontroller og besøg hos speciallæger er højere for mennesker med multisygdom, sammenlignet med mennesker uden eller med 1 kronisk sygdom

Tabel 1: Oversigt over prævalens ved udvalgte målgrupper¹⁸.¹⁸ Tallene i tabel 1 bygger på følgende kilder:

Sygdomsbyrden i Danmark, Sundhedsstyrelsen, 2023

Anbefalinger for organisering af forløb for mennesker med multisygdom, Sundhedsstyrelsen, 2023

Anbefalinger for svangreomsorgen, Sundhedsstyrelsen, 2022

BEK nr. 1344: Bekendtgørelse om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge

Samt tal fra: Lungeforeningen, Hjerteforeningen, Diabetesforeningen og sundhed.dk

Sygdom	Prævalens	Antal kontakter i sundhedsvæsenet
Psykiske sygdomme	588.000 personer lever med depression 190.000 personer lever med angst 27.700 personer lever med skizofreni	<p>Depression:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 639.480 ekstra antal planlagte og 30.943 ekstra antal akutte psykiatriske ambulante hospitalskontakter - 3.279.326 ekstra kontakter til alment praktiserende læge svt. 6,9% af alle kontakter til praktiserende læge - 298.850 ekstra kontakter til psykolog og psykiater svt. 44,9% af alle kontakter til psykolog og psykiater <p>Angst:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 302.123 ekstra antal planlagte og 15.428 ekstra antal akutte psykiatriske ambulante hospitalskontakter - 1.190.006 ekstra kontakter til alment praktiserende læge svt. 2,5% af alle kontakter til praktiserende læge - 132.884 ekstra kontakter til psykolog og psykiater svt. 20% af alle kontakter til psykolog og psykiater <p>Skizofreni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 257.145 ekstra antal planlagte og 14.483 ekstra antal akutte psykiatriske ambulante hospitalskontakter - 121.099 ekstra kontakter til alment praktiserende læge svt. 0,3% af alle kontakter til praktiserende læge - 4.896 ekstra kontakter til psykolog og psykiater svt. 0,7% af alle kontakter til psykolog og psykiater
Svangreomsorg, familieomsorg og børnesygdomme	Der fødes ca. 60.000 børn om året	<ul style="list-style-type: none"> - I et grundforløb ses den gravide 4 gange hos praktiserende læge og 7 gange hos jordemoder - Børn tilbydes 7 forebyggende helbredsundersøgelser

Specialisering og centralisering siden seneste strukturreform

Betingelserne for den nuværende ansvars- og opgavefordeling i sundhedsvæsenet relaterer sig til det faglige og sundhedspolitiske fokus på især sygehusvæsenet, som siden 2000'erne er blevet tiltagende samlet og specialiseret¹⁹. Siden 2007 er langt de fleste nye ressourcer tilgået sygehusvæsenet, hovedsageligt i form af medarbejdere²⁰, fysiske rammer, apparatur mv.

Siden strukturreformen i 2007 er der blandt andet gennem Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning sket en specialisering og centralisering af sygehusvæsenet blandt andet med udgangspunkt i nogle grundlæggende principper for at understøtte fagligt bæredygtige enheder på sygehusene. Sygehusbyggerierne og -lukningerne af flere mindre steder har desuden modvirket en ellers u hensigtsmæssig stor spredning af faglige kompetencer.

Aktiviteten på sygehusene er steget betydeligt, og behandlingskvaliteten er blevet markant forbedret på en række områder, som har bidraget til at forbedre overlevelsen ved sygdomme, der tidligere ellers ville have været livstruende eller have medført stærkt nedsat funktionsevne.

¹⁹ Høringsversion: Fremtiden speciallæge – ændring af den lægelige videreuddannelse, Sundhedsstyrelsen, 2023

²⁰ Robusthedskommissionens anbefalinger, Kommissionen for robusthed i sundhedsvæsenet, 2023

Specialeplanen har medført betydelige ændringer på sygehusene i retning af samling af specialiserede sygehusfunktioner på færre matrikler. Specialeplanen har vist sig at være et omfattende og effektivt værktøj til at øge kvaliteten i den specialiserede behandling på sygehusområdet, og samtidig understøttet udvikling af stærke faglige miljøer.

Samtidig har specialeplanen haft nogle afledte utilsigtede konsekvenser. Det store fokus på de specialiserede sygehusfunktioner og den betydelige centralisering har bevirket, at varetagelsen af de bredere sygehusfunktioner har haft mindre fokus. Det drejer sig blandt andet om behandling af mennesker med almindeligt forekommende kroniske sygdomme og multisygdom. Derudover kan specialeplanens skarpe orientering mod kvaliteten i varetagelsen af de konkrete specifikke specialfunktioner kombineret med de decentrale sundhedsmyndigheders organisering af sygehusene, indbyrdes arbejdsdeling mv. skabt nogle strukturelle adskillelser, som har modvirket tværfaglige og tværsektorielle sammenhænge i patientforløb og arbejdsgange.

Mennesker med multisygdom er typisk i flere samtidige forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringsforløb, som resulterer i en betydelig kompleksitet i deres forløb, fordi sundhedsvæsenets organisering og fordeling af kapacitet ikke modsvarer. Forløbene strækker sig ofte over tid med henvisninger imellem forskellige aktører både tværfagligt og tværsektorielt. Dertil kommer risikoen for tabt information og uklarhed om ansvar. Denne kompleksitet kan blandt andet føre til uhensigtsmæssig under-/overdiagnostik og -behandling, når en patient møder mange forskellige specialister uden, at behandlingsniveauet og -strategien ikke lægges fast under en samlet hensyntagen.

På sygehusene er der over de seneste årtier sket en væsentlig produktivitetsstigning af patientforløb og omlægning fra stationær indlæggelse til ambulant aktivitet. I international sammenhæng har Danmark den korteste indlæggelsestid (4,2 dage i 2022)²¹. Indlæggelserne skal ses i forhold til omkring 14.000 normerede sengepladser aktuelt svarende til et fald siden 2006 på cirka en tredjedel²².

Med denne udvikling må det antages, at det vil være begrænset, hvor meget mere antallet af indlæggelser kan stige og indlæggelserne forkortes uden yderligere kvalitetsforringelser uden en målrettet omstilling. Den kan sigte på, at færre indlægges samtidig med, at den lidt mindre gruppe, der profiterer af behandling på netop sygehuset, kan få et tilsvarende bedre tilbud. Samtidig skal sygehusene have et større fokus på, at tilrettelægge patientforløb for patienter med helbredsproblemer, som går på tværs af de lægefaglige specialer, herunder patienter med flere samtidige kroniske sygdomme. Dette vil ændre afdelingernes patientgrupper, personalesammensætning og det kliniske personales kompetencer. Det kan eksempelvis kræve tilstedeværelse af flere medicinske kompetencer i traditionelt kirurgiske afdelinger, og der vil være mere fælles basisviden, som sundhedsprofessionelle bør besidde uanset speciale.

²¹ Landspatientregisteret pr. 10. marts 2023, Sundhedsdatastyrelsen

²² Tallet har ligget på dette niveau de seneste år. [Sengepladser og belægning på sygehuse \(esundhed.dk\)](#)

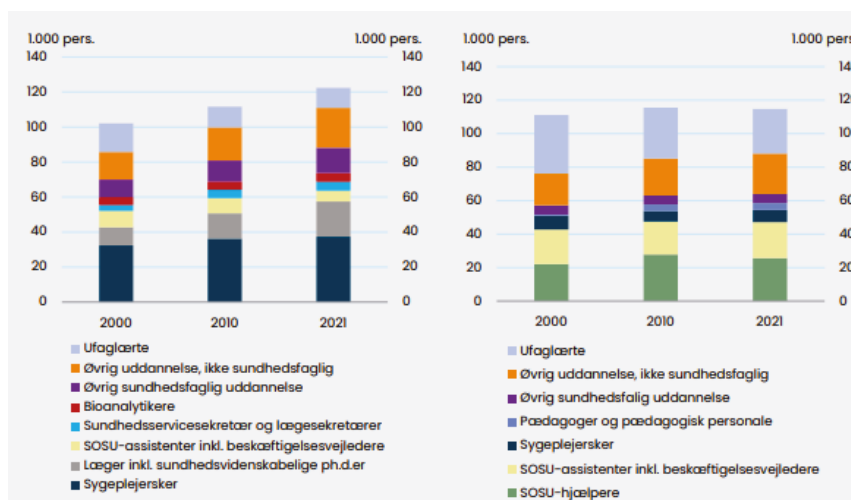
Personale

Knap 400.000 personer har deres primære beskæftigelse i sundhedsvæsenet eller på ældreområdet²³. Halvdelen er beskæftiget på sygehuse, i den kommunale sygepleje eller i praksis, og halvdelen på ældreområdet med videre.

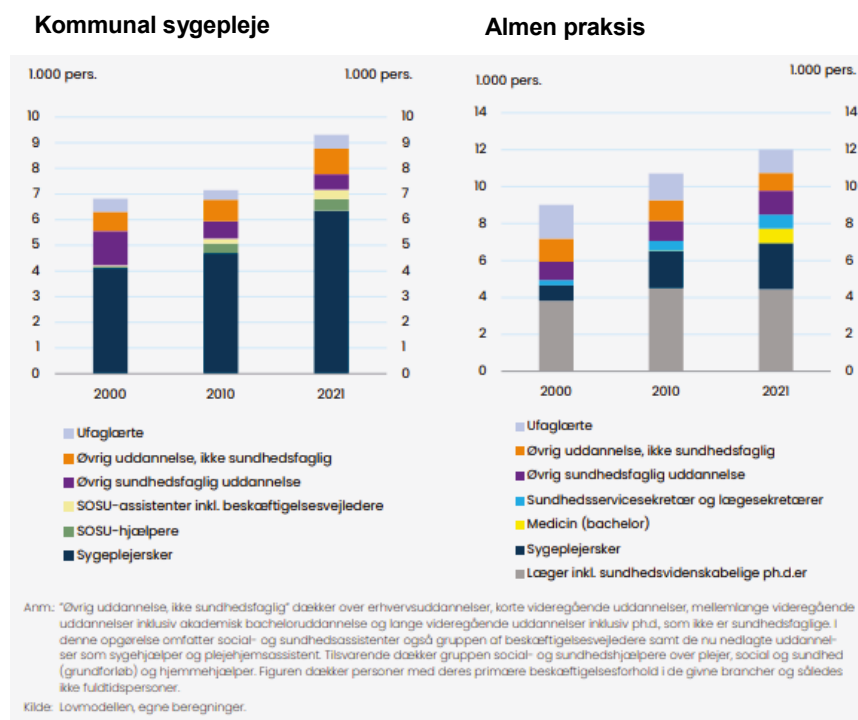
Over de seneste 15 år er antallet af beskæftigede i sundhedsvæsenet steget med mere end 50.000 personer. Den absolutte stigning i antallet af personale er størst på de offentlige sygehuse, hvor der er blevet ansat over 20.000 flere personer fra 2000 til 2021 (se figur 2). Stigningen er blandt andet drevet af læger, idet antallet af læger ansat på offentlige sygehuse er fordoblet i denne periode. På plejehjem og i hjemmeplejen har personaletilvæksten været meget begrænset, og over de seneste år har der vist sig rekrutteringsudfordringer på sundheds- og ældreområdet, især i forhold til social- og sundhedsassistenter samt -hjælpere. Personaleressourcerne er i dag også skævt fordelt geografisk, hvilket udfordrer opgavevaretagelsen og patientansvaret i det primære sundhedsvæsen.

Offentlige sygehuse

Plejehjem og hjemmepleje



²³ Robusthedskommissionens anbefalinger, Kommissionen for robusthed i sundhedsvæsenet, 2023



Figur 3: Antal personer med primære beskæftigelse i udvalgte sektorer i sundhedsvæsenet, opdelt efter uddannelse. Kilde: Robusthedskommissionens anbefalinger, Kommissionen for robusthed i sundhedsvæsenet, 2023.

Fremskrivninger af personalebehovet peger på, at der i 2030 vil være en mangel på omkring 17.000 social- og sundhedsassistenter og -hjælpere i forhold til 2019. Samtidig er der ubalance for så vidt angår læger, da der er rekrutteringsproblemer i dele af landet og indenfor visse specialer, mens der omvendt er stor søgning til universitetssygehusene, og afdelinger med specialiserede funktioner. Denne udvikling modsvarer ikke fremtidens behov for øget fokus på ældre og patienter med multisygdom, lav funktionsevne, psykiske lidelser mv. Prognoser viser²⁴, at antallet af speciallæger, baseret på udbudte uddannelsesforløb, i almen medicin vil stige med 80 pct. fra 2021 til 2045. Baggrunden for væksten i antal af udbudte uddannelsesforløb i almen medicin skyldes, at det forventes, at flere og mere komplicerede og tidskrævende opgaver flyttes fra sygehusvæsenet til det primære sundhedsvæsen.

Teknologisk udvikling

Den teknologiske udvikling har skabt nye rammer for, hvordan sundhedsydelse kan tilrettelægges og leveres.

²⁴ Lægeprognose 2021-2045: Udbuddet af læger og speciallæger, Sundhedsstyrelsen, 2023

Nye måder til datadeling mellem sundhedsprofessionelle muliggør, at borgerens sundhedsoplysninger kan følge dem på tværs af sundhedsvæsenet, og at sundhedspersonalet har adgang til disse oplysninger, når det er relevant for behandling og pleje. Dette er en forudsætning for at sikre sammenhæng og koordination af indsatsen på tværs, særligt i tilfælde hvor behandlingen flytter mellem sygehus og det primære sundhedsvæsen. Datadeling kan desuden understøtte et samlet patientansvar, og er generelt en vigtig forudsætning for, at borgeren kan blive i eget hjem.

Der er udviklet mange muligheder for digital kontakt mellem sundhedspersoner, eksempelvis via videomøder og -konferencer, som blandt andet muliggør, at borgere og sundhedsprofessionelle kan kommunikere over afstand.

Træningsvideoer og -apps muliggør hjælp-til-selvhelp, hvor genoptræning og rehabilitering kan gennemføres i eget hjem. I psykiatrien kan patienter, via online selvhjælpsprogrammer, behandles for eksempelvis angst eller depression i eget hjem. Der er udviklet apps til overvågning af indlagte patienter, som bidrager til at reducere ressourcforbruget på sygehusene. Værktøjer til hjemmemonitorering understøtter generelt, at forværringer af sygdomstilstand tages i opløbet, at indlæggelser forebygges, og at behandlingen derved i højere grad kan varetages i det primære sundhedsvæsen. Med stigende udbredelse af sensorer, kan patientovervågning ske i realtid, og det reducerer dermed antallet af unødvendige besøg hos læger og indlæggelser, når sygdomme kan behandles præventivt frem for reaktivt.

De mange nye digitale selvbetjeningsværktøjer, online behandlingsforløb og hjemmemonitoreringer mindsker kravet om fysiske lokaliteter til behandling, opsporing, genoptræning og opfølgning i sundhedsvæsenet. Det giver en fleksibilitet i patienternes mulighed for at modtage sundhedsydelse, også i eget hjem og styrker egenomsorgen.

Udviklingen har endvidere muliggjort fleksibel inddragelse af specialistkompetencer fra sygehusene til det primære sundhedsvæsen. Dette understøtter dermed sammenhæng og koordination af indsatsen på tværs af aktører. Forudsætningen herfor er, at det sekundære sundhedsvæsen i større grad forpligtes til rådgivning, og at der sættes fokus herpå i de aftaler, der udarbejdes i samarbejdet mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen.

3. Muligheder for omstilling

I dette kapitel opridses sundhedsvæsenets nuværende kapacitet som udgangspunkt for en omstilling, og dernæst beskrives muligheder for omstilling, herunder en ændret opgaveplacering og -løsning mellem det primære sundhedsvæsen og sygehuse samt differentiering som redskab til forbedret kvalitet og effektiv ressourceudnyttelse.

Hovedbudskaberne er:

Vurdering af potentiale ved et omstillet sundhedsvæsen

- Der kan potentielt ske en stor grad af omstilling af sundhedsvæsenet for at imødekomme befolkningens behov for indsatser af høj kvalitet i takt med, at befolkningssammensætning, sygdomsmønstre, behandling og teknologiske muligheder ændrer sig
- For mennesker med multisygdom øger kombinationen af flere samtidige behandlinger risikoen for uønskede effekter og under-/overdiagnostik, hvorved cirka 20 pct. af sygehusaktiviteter estimeres overflødige. Med udgangspunkt i et styrket primært sundhedsvæsen og en fokusering af sygehusenes opgaver, vurderes det, ved et groft skøn, at der er potentiale for omstilling til det primære sundhedsvæsen på 30-40 pct.

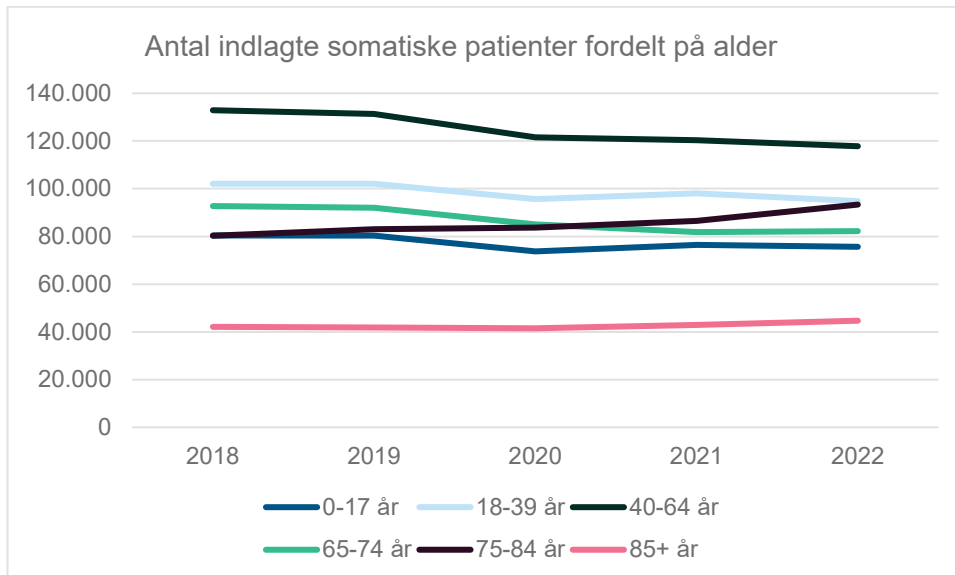
Mulighederne tager udgangspunkt i følgende fire greb:

- Mange borgere er i hverdagen i stand til at klare sig selv og hjælpe pårørende med støtte til afklaring og "hjælp-til-selvhjælp" understøttet af teknologiske værktøjer og digitalisering
- Kapaciteten i almene indsatser skal øges således, at langt de fleste opgaver, som kræver en sundhedsprofessionel inddraget, kan varetages i det primære sundhedsvæsen.
- Differentiering i sundhedsindsatser foretages på baggrund af den enkelte borgers ønsker og realistiske behandlingsmål med vurdering af behandlingspotentiale, funktionsevne, skrøbelighed og sundhedskompetence
- Sygehuse varetager opgaver, hvor der er behov for mere specialiserede indsatser, indlæggelse, ekspertviden eller særligt udstyr til behandling i sygehusregi – og støtter derudover det primære sundhedsvæsen med undersøgelser, faglige kompetencer til rådgivning mv.

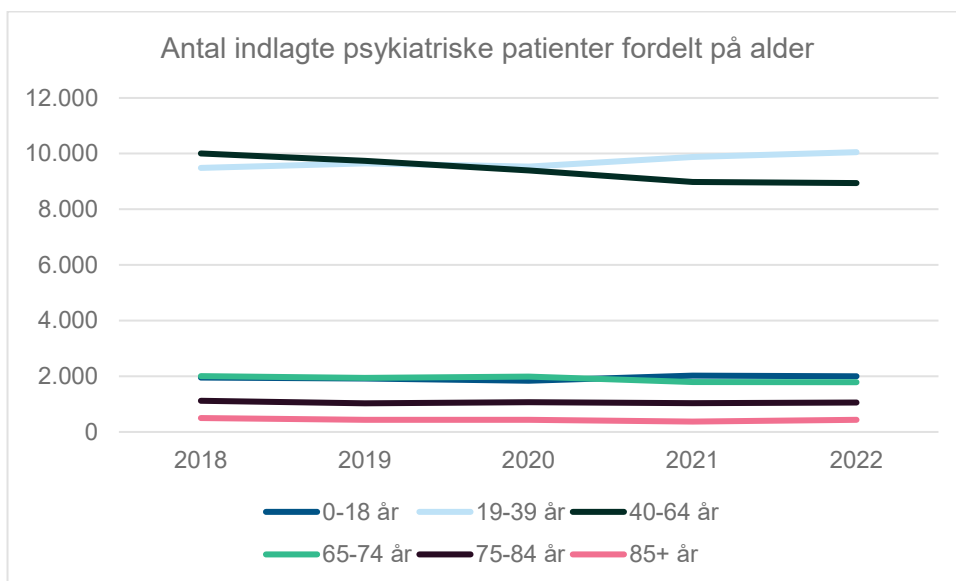
3.1. Sundhedsvæsenets kapacitet og indretning

Som sundhedsvæsenet er organiseret i dag, består det primære sundhedsvæsen af indsatser i kommuner, almen praksis, privat praktiserende speciallæger og andre sundhedsprofessionelle, apoteker med videre og understøttes af udgående funktioner, rådgivning med mere fra sygehusene. Det primære sundhedsvæsen tilbyder helhedsorienteret forebyggelse, behandling og rehabilitering og udgør både den første kontakt mellem borgere og sundhedsvæsen og den løbende og kontinuerlige indsats. Undtaget er akut syge og tilskadekomne, hvor indgangen til sundhedsvæsenet sker via 112 eller lægevagt.

Det sekundære sundhedsvæsen består af akutsygehuse og specialsygehuse; både somatiske og psykiatriske, akutklinikker, den præhospitale indsats, sygehusapoteker, samt privathospitaler og nogle dele af speciallægepraksis. I 2022 havde 2.754.054 borgere kontakt til sygehusvæsenet på baggrund af somatisk sygdom (enten ambulant eller som indlagt), mens dette gjaldt for 164.410 borgere med psykisk sygdom. Nedenstående figurer (figur 4 og 5) viser det absolutte antal af indlagte somatiske og psykiatriske patienter de sidste fem år. Det fremgår, at der er færrest fra befolkningsgruppen +85-årige der indlægges, sammenlignet med de øvrige befolkningsgrupper. Relativt til det samlede befolkningstal, hvor gruppen af +85-årige udgør mindre end fem pct., kan man dog udlede, at en væsentlig del af befolkningen over 85 år indlægges på sygehuse på baggrund af både psykiatrisk og somatisk sygdom.



Figur 4: Antal somatiske indlæggelser fordelt på alder. Kilde: Sundhedsdatastyrelsen.



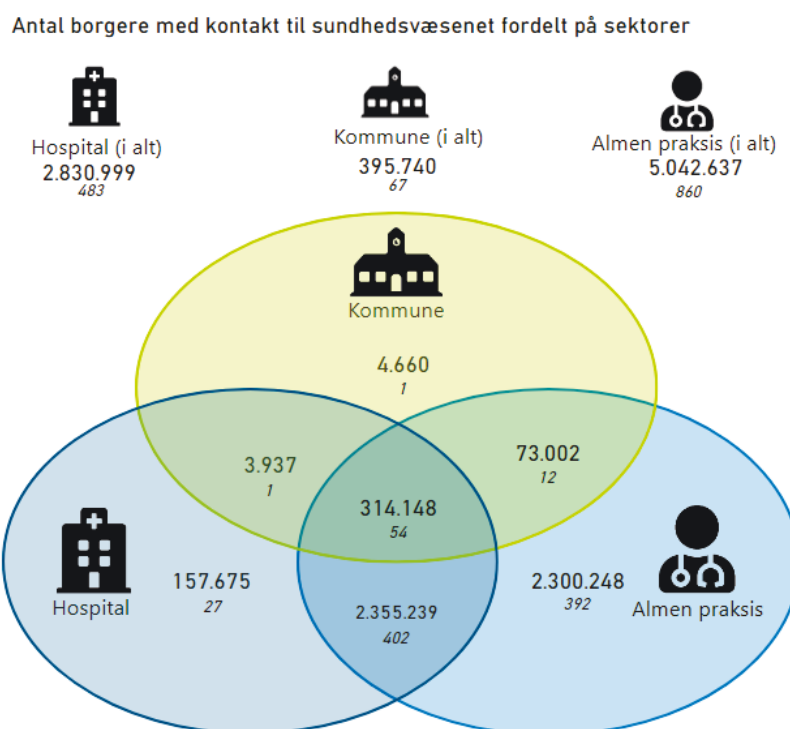
Figur 5: Antal psykiatriske indlæggelser fordelt på alder. Kilde: Sundhedsdatastyrelsen.

Det sekundære sundhedsvæsen varetager den mere ressourcekrævende behandling af patienter med behov for faglige kompetencer fra en lang række specialer, sygehusudstyr med mere. Det sekundære sundhedsvæsen er den del af sundhedsvæsenet, der varetager akut sygdom, udredning og behandling af borgeren med henvisning fra primærsektoren eller forudgående visitering via egen læge, privatpraktiserende speciallæge eller lægevagt.

I årsrapport 2022 for præhospitalsdatabasen²⁵ angives det, at der er registreret et fald fra tidligere 450.415 kontakter til 438.509 opkald til 112 Selve opgavemønstret er sammenligneligt med det forrige år.

²⁵ [Præhospitalsdatabasen – årsrapport 2022](#), Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, 2023

Det primære sundhedsvæsen udgør i dag den væsentligste indgang til sundhedsvæsenet. Figur 6 illustrerer fordelingen af borgernes kontakt til sundhedsvæsenet i 2022²⁶. Det fremgår, at størstedelen af borgerne (2.377.910) udelukkende havde kontakt med det primære sundhedsvæsen, men også, at en næsten lige så stor andel af borgerne havde kontakt med både almen praksis og sygehuset (2.355.239).



Figur 6: Antal borgere med kontakt til sundhedsvæsenet fordelt på sektorer i 2022. Tallene i kursiv angiver antal borgere med kontakt pr. 1000 borgere angivet. De tre øverste tal viser, hvor mange der i alt har kontakt til henholdsvis hospital, kommune og almen praksis. Sundhedsdatastyrelsen.

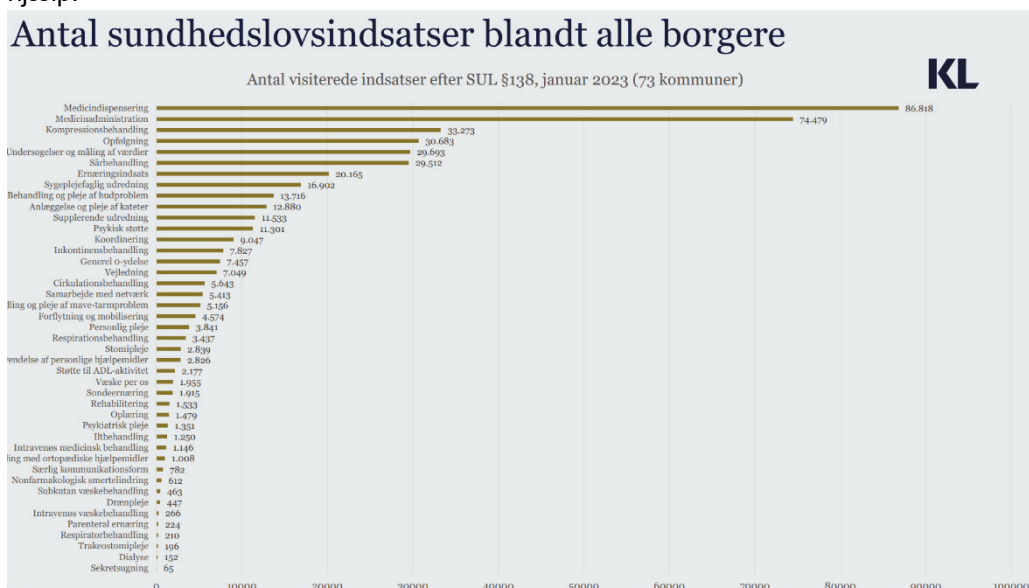
Praksissektoren omfatter sundhedstilbud, som leveres af privatpraktiserende leverandører til det offentlige inden for sundhedsområdet, herunder for eksempel de almene medicinske tilbud, speciallæger, fysioterapeuter, tandlæger med videre.

Almen praksis varetager i dag den største del af borgernes kontakt til sundhedsvæsenet (figur 6). De varetager generelt opgaver i hele patientforløbet fra opsporing, diagnostik og behandling til opfølgning og palliation.

Kommunerne har i dag ansvaret for en lang række sundhedsydelser, herunder forebyggelse, sundhedsfremme, pleje og omsorg, genoptræning og rehabilitering, palliation med

²⁶ [Sundhedsdata på tværs](#), Sundhedsdatastyrelsen, 2023

mere. Gennem disse ydelser, har kommunerne en betydelig kontakt til et stort antal borgere, og ydelserne har hjemmel i henholdsvis sundhedsloven og serviceloven. Som det ses af figur 7, omhandler ca. 30 pct. af den kommunale aktivitet medicin håndtering. Samlet er der 220.000 borgere²⁷, der modtager sygepleje i eget hjem, og 177.000 borgere modtager genoptræning efter endt sygehusophold (begge efter sundhedsloven). Dette skal ses i sammenhæng med ydelser efter serviceloven, hvor 93.000 modtager praktisk hjælp, 67.000 modtager personlig pleje og 33.000 har et kommunalt rehabiliteringsforløb. Desuden modtager 20.000 borgere et tilbud om forebyggende hjemmebesøg. Der ses et overlap mellem de forskellige ydelser, hvorfor ydelserne kan ses som gensidigt afhængige. Et eksempel herpå er, at der gives sygepleje til 70 pct. af de borgere, der modtager personlig pleje, og til 56 pct. af de borgere, der modtager praktisk hjælp.



(Figur udarbejdet af KL²⁸)

Figur 7: Illustration af kommunale indsatser efter sundhedsloven §138. Figuren bygger på data fra FKGateway (fælles kommunal gateway) fra 73 kommuner, hvor der dog bør tages forbehold for, at der er tale om data på et tidligt stadie, og at eventuelle forskelle til dels kan forklares ved forskelle i registreringsmetoderne i de enkelte kommuner.

Apoteker er ligeledes en del af det primære sundhedsvæsen med både sundhedsfremmende og forebyggende tilbud, som for eksempel at rådgive borgerne omkring lægemidler, varetage genordination af visse lægemidler og ordination af dosispakket medicin, samt tilbyde sundhedsydelser som for eksempel udvalgte vaccinationer.

Civilsamfundet og frivillige udgør ligeledes en betydelig ressource, der kan noget andet og mere for lokalsamfund og enkeltpersoner. Således har ”foreningens-Danmark” en stor rolle i velfærdssamfundet. Civilsamfundet giver dermed en mulighed for, at borgere kan

²⁷ Tallene i afsnittet og efterfølgende afsnit er baseret på data fra Danmarks Statistik og præsenteret for Sundhedsstrukturkommissionen 17.11.2023. Tallene er baseret på 2019 for at undgå effekten af COVID-19.

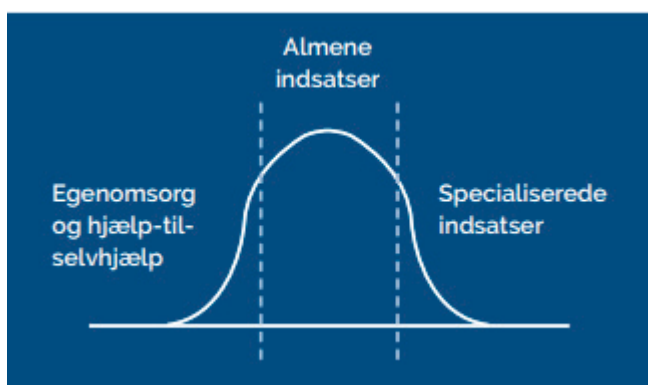
²⁸ Præsenteret ved KL’s ældre- og Sundhedskonference 2023.

tage hånd om dele af egne sundhedsbehov uden inddragelse af ydelser fra det offentlige sundhedsvæsen. Sundhedsprofessionelles samarbejde med diverse foreninger, omkring deres aktiviteter og rådgivningstilbud, kan således være bindeled mellem myndigheder og medlemmer samt guide borgere og pårørende mod relevante tilbud. I forbindelse med inddragelse af civilsamfundet bør der dog være opmærksom på den geografiske forskel i repræsentationen af frivillige organisationer, hvorfor disse tilbud aldrig bør være enkeltstående indsatser.

3.2. Muligheder for ændret opgaveplacering og -transformation

Principper for opgaveplacering og -transformation

I forbindelse med omstillingen af sundhedsvæsenet kan man forestille sig en normalfordelingskurve til illustration af rationale bag en fremtidig opgaveplacering, hvor hovedparten af sundhedsvæsenets opgaver, skal varetages i det primære sundhedsvæsen. Den klokkeformede midterste del af kurven illustrerer således de opgaver, der fremadrettet skal varetages i det primære sundhedsvæsen, mens venstre hale indikerer borgernes egenomsorg og højre hale sygehusenes opgaver, hvor der kræves tilstedeværelse af flerfaglige kompetencer samme sted eller særligt dyrt/krævende udstyr.



Figur 8: Principper for placering af sundhedsvæsenets opgaver

Omstillingen skal desuden understøtte, at indsatser i højere grad ydes i det primære sundhedsvæsen, herunder i borgerens eget hjem, idet der er kommet langt bedre digitale og hjemmebehandlingsmuligheder end tidligere – dette både i forhold til den enkelte borger, men også på tværs af sektorer.

Det primære sundhedsvæsen varetager allerede i dag opgaver i hele patientforløbet fra opsporing, diagnostik og behandling til opfølgning og palliation, men med stor geografisk variation i sundhedstilbuddene. Det vurderes, at der er potentiale for ændrede opgaver og opgavevaretagelse, således at det primære sundhedsvæsen fremadrettet skal varetage en endnu større del af forløbene. Det kan anslås, at omkring 20 pct. af den

nuværende sygehusaktivitet, relateret til mennesker med flere samtidige sygdomme, ikke har sundhedsmæssig værdi, men til gengæld høje transaktionsomkostninger relateret til unødigt sygeliggørelse og påvirkning af livskvalitet, komplikationer, bivirkninger samt udeblivende virkninger^{29,30,31,32}. Desuden er det erfaringen, at det kan være til ulempe at blive behandlet på sygehus med risiko for under-/overdiagnostik og -behandling, fejl og tabt effekt af tidligere indsatser. Omstillingen må derfor omfatte en nøje vurdering af, hvilken behandling der giver værdi samt reducere og gentænke tilrettelæggelsen herefter.

Eksempler på tilstande, der i endnu højere grad skal kunne varetages i det primære sundhedsvæsen, og dermed flyttes systematisk væk fra sygehusene:

- I øvrigt raske og sunde mennesker med lette til moderate tilfælde af akut opstået eller forværret sygdom (somatisk og psykisk) samt mindre skader.
- Indledende udredning, behandling og kontrol af kroniske sygdomme som for eksempel KOL, hjertesygdomme og diabetes.
- Patienter med multisygdom og, sammen med patienten, prioritere den samlede behandling herunder medicingennemgang, således at patienten opnår bedst mulig sundhed og livskvalitet.

I forbindelse med varetagelsen af disse opgaver skal det primære sundhedsvæsen sikres bedre muligheder for fjernrådgivning fra eksperter; eksempelvis fra sygehuse, andre speciallæger eller specialpsykologer samt eventuelt støttes via fasttilknyttede speciallæger i geriatri på plejehjem og botilbud. Det kan for eksempel tilrettelægges med forlæg i multidisciplinære team-konferencer (kendt fra kræftområdet mv.) forankret i et almen medicinsk tilbud, der modtager sparring fra udvalgte fagpersoner. Derudover er der behov for tilbud, uden for traditionel åbningstid, i det primære sundhedsvæsen på hverdage og i weekender, således at der er let tilgængelige alternativer til indlæggelse på et sygehus. Det skal støttes op af et styrket præhospitalt beredskab/lægevagtsordninger.

Dette stiller omvendt ændrede krav til sygehusene, der i højere grad skal varetage en konsultativ rolle ud i det primære sundhedsvæsen, hvilket stiller krav om øget virtuel tilgængelighed for sparring ad hoc og subakutte tider; virtuelt eller fysisk.

Der er behov for en styrkelse af samarbejdet om patientforløb inden for det primære sundhedsvæsen. For eksempel i samarbejdet mellem almen praksis og de kommunale indsatser, omkring ældre medicinske patienter eller borgere med generel svækkelse, nedsat egenomsorg eller begrænsede sundhedskompetencer. Fremadrettet vil kerneopgaven i sundhedsvæsenet i stigende omfang omhandle diagnostik, behandling og pleje af ældre mennesker med medicinske sygdomme. Disse patienter er ofte skrøbelige med risiko for yderligere funktionstab, hvorfor der i mødet med denne patientgruppe er behov

²⁹ [Robusthedskommissionens anbefalinger](#), 2023

³⁰ [Luksusfælden i Sundhedsvæsenet](#). Ugeskrift for Læger, november 2023

³¹ [Tackling Wasteful Spending on Health](#). OECD, 2017

³² [Forebyggelse af indlæggelse](#). Dansk Sundhedsinstitut, 2011

for, at den sundhedsprofessionelle kan foretage en helhedsvurdering og tværfaglig funktionsvurdering, der potentielt kan udmunde i en multifaktorielt rettet intervention³³. Derudover er der behov for en bedre indsats til mennesker med psykiske lidelser i det primære sundhedsvæsen, hvorfor dette skal ske som en integreret del af omstillingen til det primære sundhedsvæsen, hvor der er behov for styrket sammenhæng på tværs af somatisk og psykisk sygdom.

Der er behov for, at der for alle faggrupper og funktioner overvejes, hvilke roller og opgaver de kan udfylde og bidrage til, så faggruppernes kompetencer benyttes mest hensigtsmæssigt. En del af de opgaver, der i dag varetages af læger, kan varetages af praksispersonale i almen praksis eller af andre aktører for eksempel opgaver som ukomplicerede børne- og svangreundersøgelser, vaccinationer o. lign. Ligeledes er der potentiale i fortsat at tilrettelægge mere basal udredning og behandling af for eksempel muskelskeletlidelser, så fysioterapeuter og kiropraktorer selvstændigt varetager større dele af udrednings- og behandlingsforløbene. Derudover kan det endvidere overvejes, om der kan frigøres ressourcer i det kommunale regi ved eksempelvis at lade apotekerne have en større rolle inden for ressourcekrævende opgaver som medicin håndtering. Se figur 4.

Derfor bør der, i den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet, være opmærksomhed på, hvorvidt en ændring af roller og opgavevaretagelse, vil kunne frigøre ressourcer.

Sygehuskontakt er fortsat nødvendig ved en lang række tilstande, herunder ved behandling af mennesker med symptomer på akut og eventuel livstruende sygdom, der kræver tilstedeværelse af flere specialer og faggrupper, indlæggelse og udstyr tilgængeligt på sygehuse, samt komplicerede elektive behandlinger, som hverken er akutte eller livstruende, men som kræver tilstedeværelse af flere specialer og faggrupper, samt pleje og observation. Dertil behandling af særligt sjældne tilstande, der udover ovenstående kræver mere specialiseret viden og kompetencer. Desuden vil sygehusene fremover, ved en større omstilling til det primære sundhedsvæsen, have en væsentlig konsultativ rolle ud i primærsektor i forhold til konkrete patienter, uden at overtage behandlingsansvaret for patienter.

Organisering af patientforløb på sygehusene kan optimeres, så de i højere grad understøtter udredning og behandling af patienter med komplekse helbredsproblemer, så behovet for indlæggelser og kontakter på sygehusene reduceres. Det kan eksempelvis være:

- Diagnostiske enheder, hvor diagnostiske undersøgelser og tilsyn, ved forskellige speciallæger, sker i et tilrettelagt forløb, så patienten ikke skal møde op flere gange
- Dagkirurgi, hvor patienten udskrives samme dag med opfølgning hos egen læge eller den kommunale hjemmesygepleje

³³ [Geriatrici – Det brede intern medicinske speciale](#), Dansk Selskab for Geriatri

- Daghospitaler, hvor patienten modtager behandling, eksempelvis IV-behandling i dagtiden, men ikke indlægges på døgnplads
- Virtuelle ambulante kontroller
- Subakutte fysiske eller virtuelle tider, hvor egen læge kan henvise til en hurtig vurdering ved speciallæge
- Indlæggelse i hjemmet, hvor behandlingen varetages af sygehuspersonale i patientens hjem, eventuelt i samarbejde med den kommunale hjemmesygepleje

Differentiering af indsatser

Differentiering handler om at tilbyde den enkelte borger præcis det, som vedkommende har brug for – hvad enten det er hjælp-til-selvhelp eller i direkte kontakt med sundhedsprofessionelle. Det gælder for patienter i alle aldersgrupper, og kan betragtes som et kontinuum fra den, i øvrigt sunde og raske, unge person med én sygdom af let sværhedsgrad til den ældre person med multiple kroniske sygdomme.

Patienternes forventninger og mål bør inddrages i planlægningen af de enkelte forløb, idet nogle patienter med ganske lidt hjælp vil kunne klare sig selv eller tage vare på deres syge pårørende, mens andre har behov tættere opfølgning. I den forbindelse bør der således skelnes mellem simple og afgrænsede problemstillinger, der fortrinsvist kan understøttes af digitale værktøjer, og komplekse problemstillinger med behov for kontinuitet, hvor patienten følges tæt af den sundhedsprofessionelle.

I mødet mellem borger og sundhedsprofessionel skal en vurdering af skrøbelighed, sundhedskompetence og funktionsevne ligge til grund for den fremtidige individuelle målsætning. Der er ikke en entydig definition af skrøbelighed, men dog validerede undersøgelsesmetoder og faglig konsensus om, at skrøbelighed er et syndrom, der består af en lang række faktorer, hvor stigende alder er central³⁴. Derudover har faktorer som utilsigtet vægttab, selvrapporteret udmattelse, nedsat muskelstyrke, og nedsat motorisk tempo betydning. Patientens sundhedskompetence og funktionsevne har også betydning for vedkommendes egenomsorg og mulighed for at navigere i sundhedsvæsenet. Sundhedskompetence er et begreb for menneskers kompetencer til at finde, forstå, vurdere og bruge information til at tage beslutninger om sundhed³⁵. Funktionsevne er et mål for individets evne til at udføre forskellige fysiske og psykiske aktiviteter, og kan være nedsat på grund af fysisk eller psykisk sygdom, misbrug eller som følge af fysiologisk eller mental aldring³⁶.

Statistisk er der en relation mellem socioøkonomisk status/uddannelse og helbred således, at mennesker med kortest uddannelse oftere rammes af sygdom, mærker større

³⁴ Sårbare og skrøbelige ældre – Opsporing, opfølgende indsatser, arbejds gange og koordinationsprocesser. Udarbejdet af Alexandra Institut for Sundhedsstyrelsen, 2019

³⁵ Sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen. Sundhedsstyrelsen, 2022

³⁶ Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health - ICF The International Classification of Functioning, Disability and Health. WHO, 2022

konsekvenser af det forringede helbred og dør tidligere, som konsekvens af disse sygdomme, end personer med lang uddannelse³⁷. Mange patienter med lavere socioøkonomisk status oplever ikke³⁸, at de kan stille spørgsmål til sundhedsprofessionelle eller påtage sig en proaktiv rolle i eget behandlingsforløb. Ved brug af differentierede indsatser bør der derfor altid være en omhyggelighed med at tage afsæt i den enkelte borgers præferencer, ressourcer og sundhedskompetence for at få et behandlingsforløb med høj kvalitet og patientsikkerhed, der modsvarer vedkommendes ønsker og behandlingspotentialer.

I nogle tilfælde vil behandlingsmæssige indsatser være kompromitterende for den samlede helbredstilstand og borgernes livskvalitet, hvorved yderligere behandling bør afklares med den enkelte patient og eventuelt undlades. Disse overvejelser bør finde sted i god tid inden eventuel kritisk sygdom og kan især være aktuel i den sundhedsprofessionelles kontakt med personer med multisygdom på plejehjem. Her bør der være opmærksomhed på at veje muligheden for udredning af enkeltstående symptomer eller tillæg af farmakologisk behandling op imod eventuelle konsekvenser for den enkeltes livssituation og livskvalitet ved igangsættelse af ny udredning og behandling. I den forbindelse vil et godt princip ofte være, at personalet som udgangspunkt kommer til borgeren, og ikke omvendt, samt prioritere indsatser med palliativ sigte frem for indlæggelse på sygehus, da det i nogle tilfælde kan føre til forværring af tilstanden med forvirring, delir og lignende.

I forbindelse med konkrete henvendelser til sundhedsvæsenet kan der anvendes et redskab til at vurdere den enkelte persons helbredstilstand, funktionsevne og livskvalitet. Det kunne for eksempel være Charlson Comorbidity Index³⁹, der kan skønne dødeligheden på baggrund af karakteren af følgetilstande, eller Clinical Frailty Scale⁴⁰ til vurdering af patienters skrøbelighed. Disse redskaber kan bidrage til, i samarbejde med den enkelte patient, at afklare relevansen af udrednings- og behandlingsforløb, der tager udgangspunkt i et samlet billede omkring sundhed, trivsel og livskvalitet i henhold til den enkeltes konkrete behov for behandlingsmæssig eller medicinsk intervention. Det giver mulighed for at finde det rette behandlingsniveau, inklusiv at undgå igangsættelse af unødvendig behandling samt at seponere medicinsk behandling, der ikke vurderes at være formålstjenlig i forhold til den enkeltes ønsker til livet og eventuelle bivirkninger.

På samfundsniveau bør sundhedsvæsenet tilbud tilrettelægges sådan, at kapaciteten prioriteres der, hvor der er størst sundhedsmæssig gevinst af undersøgelse og behandling.

Udgangspunktet for omstillingen kan således tilgodeses kvaliteten af behandlingen med inddragelse af parametre som skrøbelighed, funktionsevne og individuel målsætning, idet disse faktorer har afgørende betydning for, hvilke indsatser borgeren tilbydes.

³⁷ Social ulighed i sundhed og sygdom, Udviklingen i Danmark 2010-2017, Sundhedsstyrelsen, 2020

³⁸ Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet – en systematisk litteraturgennemgang. Udarbejdet til Sundhedsstyrelsen af Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2022

³⁹ [Charlson Comorbidity Index Score](#) (CCI Score), Medscape 2020

⁴⁰ [Clinical Frailty Scale](#), Geriatric Medicine Research, 2020

3.3. Ny opgaveplacering og -løsning af sundhedsvæsenets hovedopgaver

Sundhedsvæsenet varetager mange forskellige opgaver, der her til formålet inddeles i fem grove kategorier af hovedopgaver:

- udredning og diagnostik
- behandling og behandlingskontrol
- træning, genoptræning og rehabilitering
- pleje og omsorg, herunder palliation
- patientrettet forebyggelse

I de senere år har den medicinske og teknologiske udvikling sammen med et ændret syn på patientrollen og værdien af inddragelse af patienter og pårørende betydet, at der er kommet mere fokus på, at behandling, opfølgning og kontrol kan foregå mere patientstyret og i patientens eget hjem. En afinstitutionalisering.

Visionen for fremtidens sundhedsvæsen er således med patienten i centrum, hvor behandlingsforløb i højere grad, med den fornødne støtte, administreres af den enkelte, samt at der ved behov for konsultation med en sundhedsprofessionel tages udgangspunkt i det primære sundhedsvæsen.

I nedenstående afsnit beskrives hver hovedopgave i fremtidens primære sundhedsvæsen, hvorunder der gives eksempler på konkrete opgaver, målgrupper samt teknologisk understøttelse og værktøjer, der kan være aktuelle i den forbindelse.

3.4. Udredning og diagnostik

Det primære sundhedsvæsen varetager allerede i dag hovedparten af opgaver vedrørende indledende udredning og diagnostik; ikke kun i almen praksis og ved privatpraktiserende læger, men også hos for eksempel kiropraktorer, fysioterapeuter, psykologer og tandlæger. En mulighed for omstilling kan således være, at almen praksis overtager en større del af udredningsforløbet med eventuel sparring fra andre.

For mange borgere vil den rette kvalitet af sundhedsindsatser tage udgangspunkt i et let tilgængeligt primært sundhedsvæsen, hvor simple og afgrænsede problemer varetages i et smidigt og hurtigt afklarende regi, mens komplekse og langvarige problemstillinger ofte kræver mere opfølgning og kontinuitet. Det betyder, at læger med almen medicinske kompetencer fortrinsvis bør koncentrere sig om sidstnævnte gruppe, og hvor andre faggrupper supplerer kapaciteten angående førstnævnte gruppe. I almen praksis kan det indebære, at der oprustes med andre fagprofessionelle, der kan varetage øvrige opgaver såsom samtaleterapi, børneundersøgelser og svangreomsorg.

Alternativt kan udvalgte opgaver i det almenmedicinske tilbud rykkes til andre aktører i sundhedsvæsenet; eksempelvis børneundersøgelser og -vaccinationer til sundhedsplejen, udredning og behandling af lettere muskelskeletlidelser til fysioterapeuter og

sæsonvaccinationer til apoteker. Desuden er der et antal henvendelser, hvor det retteligt ikke er sundhedsfaglige kompetencer, der er relevante men fører til, at raske tager tid fra de syge.

Derudover vurderes der potentiale i at flytte delopgaver til den kommunale sygepleje, da denne fremadrettet forventes at skulle varetage flere subakutte og akutte patientforløb som et alternativ til en indlæggelse. Der ses allerede i dag eksempler på opgaver, som den kommunale sygepleje varetager, som en del af de diagnostiske undersøgelser. For eksempel venøs blodprøvetagning og forskellige former for ultralydsscanninger.

Som eksempel på digital eller teknologisk understøttelse kan anvendelsen af PRO-ske-maer (patientrapporterede oplysninger), patientnær testning (Point-Of-Care-Testing), eller algoritmer og prædiktionsmodeller som beslutningsstøtte fremhæves. Såfremt der er evidens for, at en bestemt adfærd eller helbredsoplysninger kan fungere som indikator for eksempelvis forværringer i sygdomstilstand, vil det være muligt at implementere AI-modeller, der kan understøtte opsporing og diagnostik i det primære sundhedsvæsen.

Når udredningsforløb i højere grad indledes og afsluttes i det primære sundhedsvæsen forventes det, at efterfølgende indsatser ligeledes sker i regi af det primære sundhedsvæsen. Dette kan have en forebyggende effekt i forhold til, at patientforløb fastholdes på specialiseret niveau, selvom det ikke er en nødvendighed. Dette fordrer dog en styrkelse af akserne mellem almenmedicinsk tilbud og kommunal syge- og hjemmepleje og en op-rustning og ensretning af kompetencerne i kommunerne.

3.5. Behandling og behandlingskontrol

Store dele af de ambulante behandlingskontroller, der for nuværende varetages på sygehusene, vil kunne reduceres, fordi de ikke har et klart sundhedsfremmende formål som rutinemæssige foranstaltninger, eller de kan foretages i almen praksis understøttet af kliniske vejledninger og rådgivning.

Med digitale redskaber som eksempelvis hjemmemonitorering og telemedicin er der nye muligheder for, at behandling kan varetages i borgerens nærmiljø eller eget hjem og derved styrke den enkeltes egenmestring. Et eksempel på dette er, at der i regi af kommunernes sygeplejefunktion, arbejdes på at udbrede forskellige typer af IV-behandling til eget hjem. Et andet eksempel, der kan fremhæves, er digital kontakt mellem borger og sundhedsprofessionelle, der dækker over værktøjer der muliggør, at patienter kan kommunikere med sundhedsvæsenet over afstand, herunder for eksempel videokonsultationer, chatbots eller digitale spørgeskemaer (PRO).

En målgruppe for brug af digitale værktøjer, som en del af sundhedsindsatsen, er mennesker med kronisk sygdom. Her kan der både være behov for tilbagevendende kontroller samt periodevise kurative behandlinger, ofte begge dele sideløbende. Begge typer af

indsatser skal fremadrettet kunne varetages i det primære sundhedsvæsen, for at understøtte en sammenhængende tilgang til behandling af mennesker med kronisk sygdom.

Ligeledes kan behandling af afgrænsede målgrupper som for eksempel psykiatriske patienter varetages i eget hjem, understøttet af både digitalt eller udekørende personale fra det primære sundhedsvæsen og/eller sygehuset. International samt dansk forskning viser god effekt af en række tiltag for udvalgte patientgrupper, og kan være med til at afhjælpe nogle af de barrierer, der opleves i forhold til at få behandling for psykisk sygdom, herunder ventetid, udgifter til psykologhjælp, oplevet stigmatisering, psykiske barrierer og geografiske udfordringer. Der er således et stort potentiale i, at flere behandlinger i fremtiden varetages i eget hjem til udvalgte målgrupper. Dette både fordi det giver fleksibilitet for de borgere, der kan mestre digitalt understøttet terapi, og fordi det frigiver ressourcer til de borgere, hvor denne løsning ikke er optimal. Nogle konkrete eksempler på nuværende teknologiske værktøjer er digital terapi for let til moderat depression eller angst samt tvangsoverspisning via Internetpsykiatrien.dk, samt ikke-støttet digital selvhjælp ved angst, depression eller spiseforstyrrelse samt Mindhelper for unge mellem 13 – 20 år.

Pleje- og omsorgsområdet i det primære sundhedsvæsen skal fremadrettet, i højere grad, kunne varetage et eventuelt fortsat behandlingsbehov hos patienter der udskrives fra sygehusene. Disse indsatser er på nuværende tidspunkt udfordrende at varetage grundet forskellige barrierer, herunder begrænset virksomhedsområde, begrænset adgang til for eksempel nødvendige lægemidler og medicinsk udstyr (herunder analyseudstyr). Derudover er der udfordringer i forhold til at få adgang til data fra andre sektorer, både som følge af manglende datadeling og utilstrækkelig brug af for eksempel Fælles Medicin Kort, Et Samlet Patientoverblik, Sundhedsjournalen og beskedbåret kommunikation.

Apotekerne kan ligeledes spille en større rolle ved for eksempel at udvide mulighederne for pakning og dosering af medicin, vaccination, samt primær og sekundære forebyggelse med videre, som vil kunne frigive medarbejderressourcer hos andre aktører.

3.6. Træning, genoptræning og rehabilitering

Med baggrund i den store forekomst af eksisterende sygdomstilfælde af lænderyg- og nakkesmerter og slidgigt samt en stigende ældre befolkningssammensætning, vil der forventeligt komme et øget behov for indsatser relateret til træning, genoptræning og rehabilitering.

I dag er fordelingen således, at rehabilitering på specialiseret niveau samt al genoptræning på nær den specialiserede, foregår i det primære sundhedsvæsen. Genoptræning og rehabilitering er dermed i dag langt overvejende en hovedopgave, der varetages i det primære sundhedsvæsen. Civilsamfundet, herunder det frivillige foreningsliv og patientorganisationer, har også ofte tilbud til at understøtte patienter og pårørende relateret til genoptræning og rehabilitering med for eksempel psykosocial rådgivning, støtte og aktiviteter.

Der er et potentiale i, at genoptræning, rehabilitering og vedligeholdende træning i højere grad tilbydes som en indsats i eget hjem. Det kan foregå ved hjælp af digitale værktøjer, herunder eksempelvis bevægelsesmonitorering med visuel feedback, træningsvideoer og -apps, hvor en plan og et program gives på en skærm. Et eksempel herpå er DigiRehab. Der vurderes derudover at ligge et potentiale i, at relevante individuelle indsatser omlægges til holdtræning samt at monofaglige tilbud, som for eksempel vederlagsfri fysioterapi, omstruktureres. Målgruppen for dette tilbud, er ofte mennesker med multisygdom, høj alder og/eller mennesker med behov for andre indsatser end fysioterapi i det primære sundhedsvæsen. Derfor bør monofaglige tilbud tilrettelægges med større grad af tværfaglighed samt øget mulighed for kommunikation, ensretning af målsætning og overlevering mellem faggrupper og indsatser.

Der findes også konkrete eksempler på opgaver og målgrupper under genoptræning på specialiseret niveau, som ud over øget anvendelse af digitale værktøjer i forbindelse med en omstilling, i fremtiden kan varetages i det primære sundhedsvæsen. Disse vurderes til at være for eksempel hjerte-hold og KOL-hold, som flere steder i dag varetages som ambulans specialiseret genoptræningshold på sygehuse. Derudover kan fysioterapeutisk behandling af sekundært lymfødeme, typisk som senfølge efter behandling for kræft, nævnes som et eksempel på en opgave, der i fremtiden kan varetages i det primære sundhedsvæsen. Det vurderes dog samtidigt, at andre målgrupper under genoptræning på specialiseret niveau fortsat bør varetages i det sekundære sundhedsvæsen. Her kan blandt andet nævnes amputationer på baggrund af traumer samt patienter med komplicerede, omfattende, sjældne og/eller alvorlige funktionsevnedssættelser, herunder eventuelt alvorlige komplikationer i behandlingsforløbet af betydning for funktionsevnen og/eller genoptræningsindsatsen.

Det skal ligeledes bemærkes, at der i regi af serviceloven på ældreområdet er defineret en række ydelser målrettet genoptræning, vedligeholdelsestræning og rehabilitering, der kan gennemføres af de samme medarbejdere, som gennemfører genoptræning efter sundhedsloven.

3.7. Pleje og omsorg, herunder palliation

Den kommunale sygepleje varetager i dag pleje, sundhedsfremme og palliation til borgere med behov herfor. Som ved genoptræning og rehabilitering, skal kommunerne også tilbyde pleje og omsorg efter serviceloven. Dette omfatter opgaver vedrørende personlig hjælp og pleje, hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet eller ved behov for madservice. Målgruppen for dette tilbud er personer, som på grund af midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre disse opgaver.

Med den forventede stigning i antallet af ældre, forventes det primære sundhedsvæsen at skulle varetage en større gruppe karakteriseret ved nedsat funktionsevne, fysisk eller kognitivt, nedsat evne til egenomsorg, flere komplekse sociale og medicinske problemer

samt polyfarmaci. Da det primært er social- og sundhedsassistenter og -hjælpere der varetager opgaver relateret til pleje og omsorg, vil den forventede mangel på denne personalegruppe medføre en stigende ubalance i behov og ressourcer til at varetage opgaven. Som en del af forebyggelse af funktionsevnedesættelse, psykisk mistrivsel, ensomhed og nedsat livskvalitet, bør kvaliteten styrkes i den pleje og omsorg, der ydes til borgere.

Dele af palliative indsatser varetages i dag i sekundærsektoren men bør i videre udstrækning ske i det primære sundhedsvæsen i overensstemmelse med mange menneskers ønske.

Da mange mennesker lever længere med livstruende sygdomme, vil den palliative indsats få en stadig større rolle i det samlede sundhedsvæsen. Alle mennesker med livstruende sygdomme, kan have behov for palliative indsatser såvel undervejs i sygdomsforløbet som i den sidste tid. Ved den palliative indsats forstås indsatser med formål at fremme livskvaliteten hos patienter og familie, som står over for de problemer, der er forbundet med livstruende sygdom, ved at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig diagnosticering og umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer af både fysisk, psykisk, psykosocial og åndelig art⁴¹.

En undersøgelse fra Ældre Sagen viser, at de fleste danskere ønsker at dø i eget hjem. Udviklingen går den vej, men en betydelig del afslutter fortsat livet på et sygehus. De seneste tal fra Sundhedsdatastyrelsen viser, at 35 pct. af dødsfaldene sker på et sygehus, mens 49 pct. afslutter livet i eget hjem eller på et plejehjem. Der ses dog store geografiske forskelle i andelen af dødsfald på sygehuse, idet ca. 29 pct. dør på et sygehus i Region Midtjylland mens dette gælder for 39 pct. i Region Hovedstaden⁴². Der findes formentlig flere årsager til dette, men en af forklaringerne kan være geografisk ulighed i adgangen til sundhedstilbud, herunder basal palliation.

For at støtte den enkelte borger bedst muligt, bør et palliativt forløb varetages i et tværfagligt, teambaseret samarbejde der ofte involverer alle sektorer⁴³. Den palliative indsats er målrettet mennesker med afgrænsede palliative behov inden for få problemområder. Der ydes basal palliativ indsats på de fleste kliniske afdelinger, i kommunerne (hjemmesygeplejen, hjemmeplejen og i plejeboliger) samt almen praksis og den øvrige praksissektor (for eksempel hos psykologer og fysioterapeuter).

Især i forhold til den basale palliative indsats kan der peges på et potentiale for omstilling til det primære sundhedsvæsen, idet en styrkelse af kompetencer og samarbejde på tværs, vil skabe øget tryghed og værdighed for patienter og deres pårørende. Almen praksis spiller en stor rolle i forbindelse med basal palliation og kan medvirke til at dette kan lade sig gøre i et tværfagligt samarbejde og ved behov, mulighed for sparring fra de specialiserede palliative indsatser. Der er potentiale for, at den praktiserende læge i højere grad varetager opgaver i forhold til den basale palliation, herunder identifikation og

⁴¹ [Definition of Palliative Care](#). World Health Organization, 2020

⁴² [Dødsfald fordelt på dødssted og region 2012-2021](#). Sundhedsdatastyrelsen, 2023

⁴³ [Anbefalinger for den palliative indsats](#). Sundhedsstyrelsen, 2017

vurdering af patienter med palliative behov, samt systematisk tilbud om samtaler med patienter og pårørende om symptomlindring og deres ønsker til den sidste levetid, herunder fremtidig pleje og behandling. Herudover kan andre aktører i det primære sundhedsvæsen spille en rolle, eksempelvis praktiserende psykologer og fysioterapeuter. Der bør i hvert enkelt tilfælde tages stilling til, hvem der kan kontaktes ved akut opståede problematikker, også udenfor normal arbejdstid. Dette for at sikre, at undgå unødvendige indlæggelser, som ofte er belastende for den enkelte borger og kunne have været undgået, ved tilstrækkelig planlægning.

3.8. Patientrettet forebyggelse

Rapporten *Sygdomsbyrden i Danmark 2022* viser, at borgere med kronisk sygdom har flere ambulante kontakter i sygehusvæsenet end baggrundsbefolkningen⁴⁴. Forebyggelse af ambulante og akutte kontakter i sygehusvæsenet, bør derfor understøttes af styrket patientrettet forebyggelse, der afbøder konsekvenserne af en allerede opstået sygdom og forhindrer, at sygdommen udvikler sig yderligere, eller at borgeren udvikler følgesygdomme til den kroniske sygdom.

Opgaven varetages i dag både i det primære sundhedsvæsen og det sekundære sundhedsvæsen. Ved en omstilling, skal den patientrettede forebyggelse udelukkende foregå i det primære sundhedsvæsen, herunder fortrinsvis i almen praksis og de kommunale forebyggelsestilbud, som kan understøttes af et styrket samarbejde med kultur- og idrætsliv, der i forvejen spiller en væsentlig rolle for sundhedsfremme i det primære sundhedsvæsen. Det primære sundhedsvæsen skal understøttes i den opgave via rådgivning fra forskningsinstitutioner, Sundhedsstyrelsen og lignende.

For at realisere potentialet for at mindske antallet af kontakter til sundhedsvæsenet, er der brug for yderligere prioritering af patientrettet forebyggelse i den kommunale sygepleje, der i højere grad skal kunne varetage opgaven med tidlig opsporing og forebyggelse. Den kommunale sygepleje har kontakt med en betydelig del af borgerne med kronisk sygdom i deres eget hjem og har mulighed for at opspore tidlige tegn på forværring. I samarbejde med det alment medicinske tilbud, skal der i borgerens hjem kunne igangsættes forebyggende indsatser. Muligheder for digital kontakt, herunder hjemmemålinger skal understøtte, at der ageres tidligt på forværring i tilstand og dermed forebygge indlæggelser. Den forebyggende indsats skal kunne baseres på dialog med det alment medicinske tilbud eller specialistrådgivning fra sygehuset.

⁴⁴ Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme. Sundhedsstyrelsen, 2022

4. Forudsætninger for omstilling

For fortsat at kunne opretholde et effektivt sundhedsvæsen, hvor borgernes møder tilbud med høj kvalitet, der afspejler deres behov, kan der foretages en omstilling som tidligere beskrevet, der dog hviler på en række forudsætninger. Det drejer sig om at reducere behovet for sundhedsindsatser ved at prioritere forebyggelse, informere befolkningen om, i hvilket regi de får den relevante indsats og kvalitet, samt udvikle og implementere redskaber og metoder, der kan understøtte omstillingen. Det omhandler eksempelvis teknologisk understøttelse, bæredygtig brug af kompetencer, ændring af strukturer i de almen praksis samt oprustning af udstyr og lokaliteter i det primære sundhedsvæsen.

Nedenfor beskrives nogle forudsætninger, der vurderes at være væsentlige om end ikke udtømmende. I takt med udviklingen de kommende år kan der identificeres flere vigtige forudsætninger for en vellykket omstilling.

Det forventes, at omstillingen kan ske løbende i takt med, at forudsætningerne for yderligere skridt etableres. Forudsætningerne kan være forskellige på tværs af den geografiske kontekst, opgavetype og målgruppe. Dele af omstillingen vil således kunne planlægges kort efter en politisk beslutning om en ændret struktur i sundhedsvæsen, hvis forudsætningerne allerede eksisterer i den pågældende kontekst, mens andre elementer af omstillingen løbende vil blive implementeret i takt med, at forudsætningerne etableres.

Det skal bemærkes, at forudsætninger, der knytter sig til forskellige scenarier for fremtidig struktur, organisering og styringsmodel, ikke indgår i analysen og derfor ikke berøres i dette afsnit. Dette gælder ligeledes rammerne for samarbejdet mellem aktørerne i det primære sundhedsvæsen, herunder organisering af almene medicinske tilbud.

Vurdering af centrale forudsætninger for omstilling af sundhedsvæsenet

- Digitale værktøjer skal udbredes til borgere som nemme førstevalg til hjælp-til-selvhjælp og i dialogen med sundhedsprofessionelle
- Kommunikation og datadeling mellem sundhedsprofessionelle skal muliggøre koordination i indsatsen, et samlet patientansvar, og understøtte, at borgere så vidt muligt kan blive i eget hjem
- Prioritering af forebyggelse skal forbedre folkesundheden og reducere behovet for indsatser generelt i sundhedsvæsenet. Forebyggelse skal desuden understøtte sund aldring
- Der skal være tilstrækkeligt personale med relevante kompetencer fordelt på tværs af landet efter befolkningens behov, og det skal være let for

sundhedsprofessionelle at få adgang til rådgivning på tværs af enheder, afdelinger eller sektorer

- Der skal arbejdes med prioritering af sundhedsindsatser på både organisatorisk niveau, herunder identifikation af indsatser der ikke gavner patienter generelt, og individniveau, herunder udvikling og udbredelse af metoder til at sundhedsprofessionelle kan differentiere i patienters behov og understøtte dem i at prioritere i undersøgelser og behandlinger
- Sundhedsplanlægning i det samlede sundhedsvæsen samles på nationalt niveau, og planlægningen bør kunne forpligte aktørerne på indsatser og kvalitet
- Forskning og systematisk kvalitetsudvikling skal styrkes i det primære sundhedsvæsen for at styrke udviklingen af indsatser, organisering og brug af teknologi, samt for at styrke forskningsmiljøer der kan tiltrække og fastholde personale og derved sikre fagligt bæredygtige funktioner

4.1. Udbredelse af teknologisk og digital understøttelse samt brug af data

Omstillingen til det primære sundhedsvæsen forudsætter, at teknologiske og digitale infrastrukturer og værktøjer løbende udvikles, og at allerede kendte værktøjer udbredes i større skala, end det er tilfældet i dag, jf. afsnit 2.2.

I Robusthedskommissionens anbefalinger fremhæves det, at der skal indføres et fælles princip om "digitalt og teknologisk først", idet nye teknologier og digitalisering, herunder velfærdsteknologi, har dokumenteret effekt i forhold til at kunne frigive tid og ressourcer og dermed skal være førstevalget til at løse opgaver i sundhedsvæsenet. Derudover anbefaler Robusthedskommissionen, at teknologi og digitalisering skal være en integreret del af retningslinjer og vejledninger både lokalt og nationalt. Det fremhæves, at dette skal understøtte implementeringen af princippet om "digitalt og teknologisk først" og bidrage til, at vurderinger understøttes ved hjælp af eksempelvis AI vægtes svarende til vurderinger foretaget af personale. Det skal bidrage til, at sundhedspersonalet ser det som sundhedsfagligt anbefalet og fagligt legitimt at anvende teknologi og digital understøttelse.

Princippet om at digitale værktøjer skal være førstevalget af indsatser fra sundhedsvæsenet⁴⁵, vil muliggøre lettere adgang til sundhedsvæsenet for de borgere, der har kompetencer og ressourcer til at benytte digitale kanaler, mens det vil frigive tid og ressourcer i sundhedsvæsenet til de borgere, der har behov for ekstra tilpasset støtte og vejledning, og som ikke kan benytte digitale kanaler.

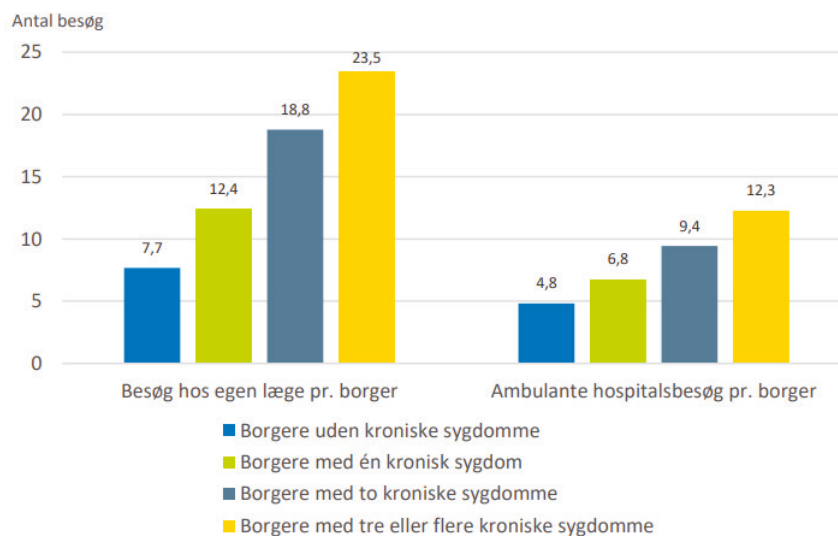
⁴⁵ Robusthedskommissionens anbefalinger, Kommissionen for robusthed i sundhedsvæsenet, 2023

Forskning peger desuden på, at der er et stort potentiale ved at transformere fysisk fremmøde til digital behandling i eget hjem, idet der ses øget patienttilfredshed og -tryghed, samt øget kvalitet i diagnosticeringen. Det er dermed en væsentlig forudsætning for omstillingen, at alle disse veludviklede teknologiske og digitale værktøjer bliver implementeret på tværs af sundhedsvæsenet for både at kunne flytte og transformere opgaver og indsatser.

4.2. Forebyggelse

For at opnå en reduktion af behovet for indsatser i det samlede sundhedsvæsen, skal der ske en højere prioritering af forebyggende indsatser, som kan influere på store målgrupper.

Mennesker med kroniske sygdomme har flere kontakter til sundhedsvæsenet end mennesker uden (se figur 5). Mange kroniske sygdomme kan forebygges, og i Sygdomsbyrderapporten⁴⁶ sættes tal på, hvilke forebyggelige sygdomme og risikofaktorer, der har størst betydning for ekstra kontakter i sundhedsvæsenet. Rygning har den allerstørste betydning efterfulgt af stillesiddende adfærd, dårlig mental sundhed og svær overvægt.



Figur 8. Antal besøg i sundhedsvæsenet pr. borger opdelt på antal kroniske sygdomme. Kilde: Brugen af sundhedsvæsenet for borgere med kronisk sygdom, Sundhedsdatastyrelsen 2019.

Skal man undgå ekstra kontakter til sundhedsvæsenet, vil den mest omkostningseffektive forebyggelsesindsats lokalt og nationalt være strukturel forebyggelse rettet mod specifikke risikofaktorer. Det handler blandt andet om at regulere på forhold, der fremmer

⁴⁶ Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer. Sundhedsstyrelsen, 2022

bestemt adfærd i befolkningen, ligesom det kan være at skabe gode tilbud som eksempelvis skolesundhedspleje og fremme deltagelse i fritidsaktiviteter.

I takt med, at befolkningen generelt lever længere, er der kommet et øget fokus på, hvorvidt de ekstra leveår leves med godt eller dårligt helbred. Begrebet 'sund aldring' anvendes her som en samlet betegnelse for, at man i takt med stigende alder bevarer en god helbredstilstand og et godt funktionsniveau⁴⁷.

Det kan omhandle indsatser i forhold til fysisk helbred, herunder eksempelvis fysisk aktivitet for at undgå tab af muskelmasse og bevare førlighed, sund kost/ernæring samt undgå uønsket væggtab, og indsatser i forhold til de sociale faktorer, herunder eksempelvis forebyggelse af ensomhed. Endelig handler det også om at skabe de rette omgivelser herunder ældrevenlige byer og lokalsamfund. Det har betydning for individets fysiske og mentale kapacitet, hvordan man oplever og overkommer funktionstab og andre begrænsninger, samt hvordan man ser nye muligheder i sit ældreliv.

I et bredere og langsigtet perspektiv bør den borgerrettede og strukturelle forebyggelse prioriteres og opkvalificeres for at forbedre folkesundheden i hele landet, som samtidig vil kunne reducere behovet for forskellige indsatser fra sundhedsvæsenet.

4.3. Kompetencer

Omstillingen til det primære sundhedsvæsen forudsætter, at der er tilstrækkeligt med personale i det primære sundhedsvæsen, at personale og kompetencer er jævnt fordelt geografisk, samt at lovgivning om delegation og selvstændigt virksomhedsområde understøtter, at medarbejdere har mulighed for at anvende deres kompetencer.

I lyset af aktuelle udfordringer med rekruttering til og fastholdelse af personalet i sundhedsvæsenet, er det en afgørende forudsætning for en fremtidig omstilling til det primære sundhedsvæsen, at tiltag implementeres som påpeget i Robusthedskommissionens anbefalinger og i Sundhedsstyrelsens anbefalinger om revision af den lægelige videreuddannelse, herunder eksempelvis at kompetencer skal bruges på tværs af geografi og sektorer, at stillinger og karriereveje skal være forankrede i det patient- og borgernære arbejde samt at der udarbejdes nye målbeskrivelser, der styrker fælles kompetencer.

I forlængelse heraf, forudsætter omstillingen også en rimelig geografisk fordeling af kompetencer på tværs af landet. Personale og kompetencer er skævt fordelt i det primære sundhedsvæsen (såvel som blandt sygehusene), hvilket er en barriere for at opnå størst sundhedsmæssig effekt af indsatserne og for at reducere ulighed i sundhed med konsekvenser for borgere og samfundet som helhed. Velfungerende, stærke og rimeligt fordelte almen medicinske tilbud, tværkommunalt samarbejde samt ensartet adgang til specialistrådgivning på sygehusene er tiltag, der kan understøtte bæredygtig brug af

⁴⁷ Sund Aldring – Udvikling i Danmark i løbet af de seneste årtier. Sundhedsstyrelsen, 2021

kompetencer og personale i det primære sundhedsvæsen. Kommunale forebyggelsestilbud kan eksempelvis organiseres på tværs af kommuner for at skabe patientgrundlag og udnytte de kompetencer, der er tilstede. Ensartet specialistrådgivning skal understøtte, at der på tværs af landet ikke er forskel på muligheden for at sparre med specialister, således at andre faggrupper vil kunne varetage flere opgaver på baggrund af denne sparring. Opgaveflytning til andre faggrupper i det primære sundhedsvæsen, eksempelvis apoteksfarmaceuter, kan også udvide opgavevaretagelsen og dermed understøtte en omstilling.

Omstillingen skal desuden ske i respekt for, at opgaveløsningen ofte varetages i samspil af sundhedsprofessionelle med mange forskellige fagligheder og kompetencer. Varetagelsen af visse opgaver forudsætter, at medarbejderne er i besiddelse af specialiseret viden eller har adgang til det via rådgivning fra andre aktører i sundhedsvæsenet. I forbindelse med varetagelse af en ny opgave, er det væsentligt, at der er mulighed for, at medarbejderne har adgang til at få udviklet deres kompetencer så de svarer til de nye krav. I et sundhedsvæsen med hastig teknologisk udvikling og en ændret demografi, er det ligeledes afgørende, at medarbejderne løbende kan dygtiggøre sig gennem relevant efteruddannelse.

Erfaring og rutine er særdeles vigtig for den enkelte medarbejders viden og kompetencer og dennes møde med patienten. Derudover er det afgørende for en organisations evne til at løse opgaver med såvel høj organisatorisk som faglig kvalitet. Faglige miljøer med en medarbejderkreds med relaterede opgaver og kompetencer er på mange områder af central betydning for at styrke faglig udvikling, fleksibilitet og robusthed.

Udvikling af rutine, erfaring og faglige miljøer er ligeledes knyttet til faglig bæredygtighed i de enkelte organisationer, herunder en vis volumen af konkrete behandlinger eller forløb, der muliggør, at medarbejdere kan være beskæftiget med samme eller relaterede opgaver. Muligheden for at rekruttere og fastholde medarbejdere er ligeledes afhængig af volumen. Det gælder særligt for medarbejdere med specialistviden, der typisk orienterer sig efter, om der er tilstrækkeligt mange fagligt udfordrende opgaver, der kan give medarbejderne mulighed for faglig udvikling og fornyelse. Derudover er det organisatorisk og økonomisk u hensigtsmæssigt, hvis der uddannes og/eller ansættes specialiseret arbejdskraft, der ikke kan udnyttes fuldt ud. Det er således væsentligt, at opgaveansvaret ligger i enheder, der har muligheden for at opretholde en faglig bæredygtighed⁴⁸.

⁴⁸ Notat om Faglig Bæredygtighed, Sundhedsstyrelsen, 2023 (under udarbejdelse)

4.4. Prioritering af sundhedsindsatser

Omstillingen til det primære sundhedsvæsen forudsætter, at der arbejdes strukturelt med prioritering af sundhedsindsatser og modeller til identifikation af borgere med behov for en individuelt tilrettelagt og håndholdt indsats.

I sundhedsvæsenet arbejdes der allerede med diverse metoder for differentiering og prioritering af sundhedsindsatser. I mødet mellem sundhedsprofessionel og borger anvendes i dag redskaber som fælles beslutningstagning til prioritering af undersøgelser og behandling. Differentieringen kan foretages på baggrund af en individuel vurdering ved praktiserende læge, der har kendskab til patienten og vedkommendes helbred og sociale situation. Der er også eksempler på identifikation af borgere med størst behov ved hjælp af datatræk, der tager udgangspunkt i diagnoser og eventuelt antal ordinerede receptpligtige lægemidler⁴⁹.

Også på organisatorisk og ledelsesmæssigt niveau bør der prioriteres i udvalget af sundhedsindsatser. Der er relevante faglige afdækninger af, hvilke undersøgelser, behandlinger og procedurer der ikke nødvendigvis gavner patienterne⁵⁰. Ved at arbejde systematisk på nationalt niveau med at identificere områder, der kan nedprioriteres eller hvor praksis kan omlægges, kan der frigives ressourcer til de undersøgelser eller behandlinger, som har størst gavn, og når de rette borgere.

4.5. Strategisk sundhedsplanlægning

Omstillingen til det primære sundhedsvæsen forudsætter, at der foretages en overordnet planlægning af det samlede sundhedsvæsen og således inkluderende det primære sundhedsvæsen. Med forpligtende elementer med hensyn til hovedopgaver/målgrupper, kompetencer og kvalitetstandarder får decentrale myndigheder og andre aktører nogle fælles holdepunkter til brug for lokal planlægning og tilrettelæggelse af opgaver og samarbejde.

Tilsvarende bør omstillingen i de kommende år styres og støttes løbende fra national side fokuseret på kritiske forhold.

Aktører har i dag fagligt og organisatorisk særskilte retningslinjer, instrukser, overenskomster med mere, der kan være barrierer for at arbejde effektivt på tværs i sundhedsvæsenet. Således bør kvalitetsarbejde omfatte det samlede sundhedsvæsen inkluderende patientforløb mellem det primære sundhedsvæsen og sygehuse.

Med sundhedsreformen fra 2022⁵¹, er der taget et skridt i retning af ensartet kvalitet i det primære sundhedsvæsen med udarbejdelse af kvalitetsstandarder for kommunale

⁴⁹ Anbefalinger for organisering af forløb for mennesker med multisygdom, Sundhedsstyrelsen, 2023

⁵⁰ Se for eksempel Vælg Kloget: <https://vaelgklogt.dk/om-vaelg-klogt>

⁵¹ [Sundhedsreformen, regeringens sundhedsudspil 2022](#), Indenrigs- og sundhedsministeriet

forebyggelsestilbud og kommunale akutfunktioner. Kvalitetsstandarderne rummer krav og anbefalinger til indhold og organisering af indsatserne, og understøtter løbende kvalitets-sikring, monitorering og opfølgning på indsatsen.

Der bør udvikles kvalitetsstandarder på øvrige områder i det primære sundhedsvæsen. Disse skal understøtte samarbejdet på tværs af sundhedsvæsenet, så der skabes gennemsigthed omkring kvaliteten af tilbuddene i det primære sundhedsvæsen. National indsamling og udstilling af data fra almen praksis, speciallægepraksis, øvrig praksissektor og kommuner, skal understøtte systematisk brug af data til kvalitetsudvikling- og sikring både på lokalt og nationalt niveau i det primære sundhedsvæsen.

Omstillingen mod det primære sundhedsvæsen vil, som beskrevet tidligere, desuden have betydning for den fremadrettede organisering af opgavevaretagelsen på sygehuse. Hvis mere af både de specialiserede opgaver på hovedfunktionsniveau skal varetages i det primære sundhedsvæsen, kan det potentielt have betydning for opretholdelse af robusthed og vagtdækning på afdelinger. Der vil derfor være behov for at se på andre strukturer, eksempelvis fælles afdelinger på tværs af allerede samarbejdende specialer og fordeling af specialfunktioner imellem sygehuse og henover landet.

4.6. Bedre sammenhæng på tværs af sundhedsområdet og tilgrænsende områder

Omstillingen til det primære sundhedsvæsen forudsætter en styrkelse af sammenhæng og samarbejde på tværs af sundhedsområdet og tilgrænsende områder, herunder især socialområdet.

Samorganiseringen af kommunernes sundheds- og ældreindsats betyder, at medarbejdere opererer indenfor to lovgivninger med forskellige styringslogikker og krav til ydelser efter henholdsvis sundhedsloven og serviceloven. Det drejer sig blandt andet om forskelle inden for både visitationsregler, ydelser, dokumentationskrav, krav til dataudveksling, tilsynskrav samt mulighed for valg af leverandører. I kraft af, at sundheds- og ældreområdet i mange kommuner er samorganiseret, er det ofte de samme medarbejdere, som leverer både servicelovs- og sundhedslovsydelser, hvilket kan skabe udfordringer i forhold til sammenhæng for den enkelte borger samt skabe uklarheder om regler. Denne problemstilling kan eksempelvis være gældende for sundhedsprofessionelle, der yder pleje og omsorg samt for medarbejdere, der arbejder på tværs af genoptræningsområderne.

En ny undersøgelse peger på, at 40 pct. af medarbejdere i hjemmeplejen oplever, at dobbeltlovgivning vanskeliggør, at de kan udføre den rigtige pleje til borgeren⁵². Problemet er også velkendt på bosteder og midlertidige pladser.

⁵² [Servicelov og sundhedslov – Udfordringer i ældreplejen ved at yde hjælp efter to lovgivninger](#), FOA, 2023

Det er således en vigtig forudsætning for omstillingen, at der arbejdes på at nedbryde de barrierer, og til tider modsatrettede krav og forventninger, der kan ligge i at arbejde under forskellige lovgivninger inden for samme indsats. Det er derfor vigtigt, at en fremtidig omstilling af sundhedsvæsenet sker koordineret og samtænkt med de eksisterende rammer og strukturer på socialområdet og andre tilgrænsende områder, samt den udmeldte omstilling og frisættelse af ældreplejen med den nye ældrelov i 2024.

For at lykkes med en omstilling hvor borgeren skal blive i eget hjem, og derfor i højere grad vil modtage sundhedsindsatser i kommunalt regi, hvor der er en parallel til øvrige forvaltningsområder, må der kigges på, hvordan vores nuværende lovgivning kan være med til at understøtte bedre arbejdsgange, således at der både kan samarbejdes på tværs af forvaltningsområder og frigives tid til de vigtigste opgaver.

4.7. Forskning

Omstillingen til det primære sundhedsvæsen forudsætter, at forskningen følger patienterne, og at der etableres en stærkere infrastruktur for at bedrive forskning om effekt, organisering og implementering af indsatser i det primære sundhedsvæsen.

Der udføres langt mindre forskning i det primære sundhedsvæsen end i sygehusvæsenet, og forskningen er organiseret på meget forskellig vis på tværs af landet i det primære sundhedsvæsen. Dette resulterer i, at der er manglende viden om effekten af indsatser der foregår i det primære sundhedsvæsen, manglende viden om hvordan der kan arbejdes effektivt med social ulighed i sundhed og borgerinddragelse, manglende viden om organisering og koordinering, samt manglende viden om teknologisk understøttelse af forløb⁵³. Et styrket forskningsmiljø i det primære sundhedsvæsen skal understøtte viden om praksis i en ny sammenhæng og kan medvirke til rekruttering af mere personale, da det derved skabes mere attraktive faglige miljøer.

Rammerne for forskning i det primære sundhedsvæsen er især udfordret af, at der mangler forskningsforpligtigelse samt mangler en overordnet koordinering og prioritering af forskningen på tværs af aktører i det primære sundhedsvæsen. Kapaciteten er lille sammenlignet med forskningen i det sekundære sundhedsvæsen. Særligt i kommunerne mangler der understøttelse af relevante personalegruppers forskningskompetence, så de kan indgå i selve forskningsprocessen og deltage i en kvalificeret forskningsdialog med øvrige aktører i sundhedsvæsenet. Endelig udgør rammer omkring data, herunder både mængde, kvalitet og muligheder for deling og indsamling af data, en grundlæggende udfordring for at bedrive forskning i det primære sundhedsvæsen.

Med *Samlet indsats for data i det nære sundhedsvæsen*⁵⁴ etableres nationale registre med data fra det primære sundhedsvæsen som på sigt skal kunne tilgås af forskere på

⁵³ Forskningsstrategi for det primære sundhedsvæsen, Sundhedsstyrelsen 2022

⁵⁴ [Samlet indsats for data i det nære sundhedsvæsen, Sundhedsdatastyrelsen](#)

samme måde som data fra sygehusvæsenet. I *Vision – Strategisk samarbejde for bedre brug af sundhedsdata*⁵⁵ etableres et kontaktpunkt for sundhedsdata og en fælles national analyseplatform, som skal understøtte at forskere og andre aktører får adgang til forskellige datakilder fra sundhedssektoren – herunder det primære sundhedsvæsen - i en smidig ansøgningsproces og i et samlet og sikkert analysemiljø. Initiativerne vil bidrage til at skabe bedre forudsætninger for forskning i det primære sundhedsvæsen over de kommende år, men er på tidlige stadier og kræver fortsat mere datadeling og forbedring af datakvalitet.

4.8. Takt i omstillingen

En omstilling til det primære sundhedsvæsen kan ske i flere trin i takt med, at forudsætningerne realiseres. Nogle elementer i omstillingen vil kunne ske umiddelbart efter en lovgivning om ny struktur træder i kraft, mens andre elementer vil tage længere tid at implementere.

Umiddelbart og uagtet igangsættes en opgaveflytning med formålet om at skabe mere hensigtsmæssige patientstrømme, således at sundhedsfaglig hjælp udenfor egen læges åbningstid ikke forudsætter indlæggelse, men med relevante alternativer i det primære sundhedsvæsen. Eksempelvis undgå unødvendige indlæggelser af mennesker, der bor på plejehjem, ved at styrke samarbejdet mellem vagtlæger og kommunalt personale. Dette element af omstilling forudsætter en politisk beslutning vedrørende udbredelsen af en opgaveløsning med stigende anvendelse af teknologiske værktøjer til især hjemmebehandling, hjemmemonitorering og digital kontakt samt en lovgivning, der understøtter at kommunale sundhedsprofessionelle kan anvende deres kompetencer i et større omfang. Derudover forudsættes at der sker en implementering af Robusthedskommissionens anbefalinger om rekruttering af mere personale til det primære sundhedsvæsen, samt en ændret ansvarsfordeling og opgavevaretagelse i almen praksis.

Ovenstående vil resultere i, at borgeren i langt højere grad vil kunne modtage behandling og genoptræning i eget hjem. Eksempler herpå er borgere med behov for genoptræning efter operation og øvrigt høj sundhedskompetence, som får tilsendt online træningsprogrammer, og selv har ansvaret for træning og monitorering af resultater. Et andet eksempel er borgere med skrøbelighed og lav sundhedskompetence, som kan få behandling i hjemmet med hjælp fra en sundhedsprofessionel i det primære sundhedsvæsen, der har mulighed for at få specialistrådgivning. Samtidigt kan borgerens vitale værdier monitoreres løbende digitalt, og kan på afstand overvåges af sundhedsprofessionelle med formålet om at reagere i god tid inden tilstanden udvikler sig til en indlæggelse.

I et mellemlangt perspektiv sker en opgavetransformation hvor indsatses differentieres og prioriteres, med formålet om at skabe størst muligt værdi ved indsatsen. Dette element af

⁵⁵ [Vision – Strategisk samarbejde for bedre brug af sundhedsdata](#), National bestyrelse for data på sundheds- og ældreområdet, 2021

omstilling forudsætter, at der på nationalt niveau prioriteres i opgaver med fokus på at udpege hvilke behandlinger eller behandlingskontroller, der ikke gavner patienterne. Det forudsætter også, at kvalitetsorganisationer i det primære sundhedsvæsen etableres og at der arbejdes systematisk med udvikling af instrukser, der tager højde for differentiering og vurdering af borgerens individuelle behov, således at mennesker fortrinsvist tilbydes digitale værktøjer, hvis deres problemstillinger er simple og afgrænsede. I et sundhedsvæsen, der bygger på stærke traditioner om at følge retningslinjer og tilbyde alle borgere lige behandling, vil det tage længere tid at skabe tradition for at arbejde med differentierede tilbud og bedre muligheder for at stille sig kritisk overfor, hvilke indsatser der vil gavne den enkelte borger.

Opgavetransformation vil eksempelvis resultere i, at visitationen af borgere altid bygger på en vurdering af skrøbelighed og sundhedskompetence, således at borgere med høj sundhedskompetence fortrinsvist tilbydes digitalt understøttede indsatser, færre prædefinerede kontroller og at i øvrigt raske borgere i langt mindre grad tilbydes screening, mens borgere med lav sundhedskompetence og skrøbelighed kan modtage en mere håndholdt indsats. Opgavetransformationen forventes også at resultere i, at borgere i palliative forløb tilbydes mindre behandling, hvis det ønskes, til fordel for mere livskvalitet og ro i den sidste tid.

I et langsigtet perspektiv reduceres borgernes behov for at modtage sundhedsindsatser, gennem et styrket og vedvarende fokus på forebyggelse. Dette element af omstilling forudsætter, at den patientrettede forebyggelse styrkes i det primære sundhedsvæsen, og at der udarbejdes kvalitetsstandarder der kan understøtte ensartet kvalitet i alle tilbud samt at effekten af disse systematisk kan monitoreres. Dette forudsætter også, at der etableres forskningsmiljøer i det primære sundhedsvæsen der forsker i implementering af forebyggelsesindsatser og effekten af interventioner målrettet forebyggelse, samt i social ulighed og sundhedskompetence. Strukturel forebyggelse har et langsigtet perspektiv, men skal resultere i en reduktion af behovet for at modtage indsatser, således at der i fremtiden i højere grad vil være overensstemmelse mellem borgernes behov for sundhedsindsatser og sundhedsvæsenets kapacitet.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sundhed for alle ♥ + ●

Bilag 3:

Faglig bæredygtighed som grundlag for sundhedsplanlægning.

Udarbejdet for Sundhedsstrukturkommissionen, Sundhedsstyrelsen



Faglig bæredygtighed som grundlag for sundhedsplanlægning



Udarbejdet for Sundhedsstrukturkommissionen

Indholdsfortegnelse

1. Sammenfatning	3
2. Introduktion	7
3. Baggrund	8
3.1. Begrebet faglig bæredygtighed	8
3.2. Sundhedsvæsenets udvikling siden strukturreformen 2007	9
4. Sundhedsvæsenets udfordringer nu og i fremtiden	12
4.1. Specialisering og centralisering	12
4.2. Opgaver med mindre specialisering i det primære sundhedsvæsen	14
4.3. Ulighed i sundhed	16
4.4. Mangel på generalistkompetencer	16
4.5. Mangel på arbejdskraft	17
4.6. Kapacitetsproblemer	17
5. Forudsætninger for faglig bæredygtighed	19
5.1. Interne forudsætninger for faglig bæredygtighed	19
5.2. Andre forhold, der påvirker mulighederne for målopfyldelse	22
5.3. Målopfyldelse	23
6. Faglig bæredygtighed og sundhedsplanlægning	25
6.1. Principper for sundhedsplanlægning	25
6.2. Ny retning for sundhedsplanlægning	27

1. Sammenfatning

Sundhedsvæsenets struktur, herunder styreform, organisation og styring har betydning for, hvor godt sundhedsvæsenet kan opfylde målene for sundhedsvæsenet. Forhold som styreform, organisation og styring har hver især og i samspil en væsentlig betydning, men de står langt fra alene. Andre forhold såsom befolkningens behov, personalekompetencer, kapacitet, teknologi, organisering og ledelse har også afgørende betydning.

I dette notat beskrives begrebet faglig bæredygtighed, der omhandler de væsentligste forudsætninger for, at enheder og funktioner opnår målopfyldelse. Faglig bæredygtighed vedrører både den enkelte organisatoriske enhed eller funktion, der løser konkrete opgaver indenfor et bestemt område, som fx kommunal sygepleje eller en akutmodtagelse, og det vedrører den samlede kæde med sundhedsvæsenets forskellige dele, der bidrager til patient-/borgerforløb.

Sundhedsvæsenets udvikling igennem de seneste 15-20 år har i høj grad været drevet af nogle centrale virkemidler, som specialisering og centralisering, ud fra princippet om 'øvelse gør mester', stordriftsfordele o. lign. Det gælder fx sundhedsplanlægning med antallet af akutsygehuse og specialeplanlægning. Der er opnået gode resultater for behandlingskvaliteten og overlevelsen, men de hidtidigt anvendte virkemidler har ikke kunnet imødegå alle udfordringer, og de har også medført nogle ulemper. Således har specialiseringen og centraliseringen medvirket til en forskydning af personalekompetencerne, som ikke helt modsvarer befolkningens behov – blandt andet efter geografisk fordeling og efter sygdomsmønstre – og udfordret arbejdspladsernes attraktivitet og effektivitet.

Desuden sker der i de næste årtier en væsentlig ændring i befolkningssammensætningen og sygdomsmønstret samt muligheder for behandling og teknologianvendelse, som nødvendigvis kræver en omstilling af sundhedsvæsenet og opgaveløsningen. Det bliver stadig mere almindeligt at leve længe med flere kroniske sygdomme, og nye muligheder for undersøgelse, behandling og rådgivning uden for sygehuse kommer til gennem teknologier til støtte for borgernes egenomsorg via hjælp-til-selvhjælp, kommunikation mellem borgere og sundhedsprofessionelle samt egentlig hjemmebehandling. Samtidig vil der være en relativt mindre arbejdsstyrke. Det indebærer, at der skal ske en revurdering af principperne og virkemidlerne, og dermed faglig bæredygtighed, for at ændre rammerne strukturelt så der fortsat kan leveres høj kvalitet til de ændrede behov.

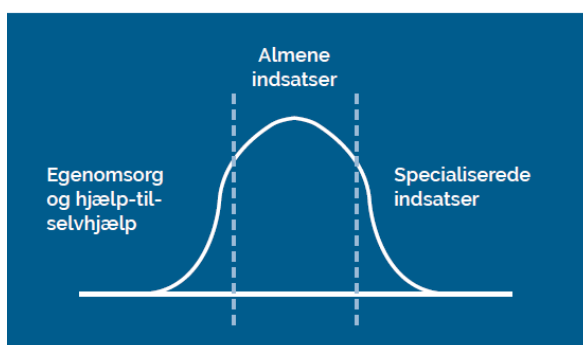
I faglig bæredygtighed indgår flere faktorer, som dækker over indbyrdes modsatte hensyn og dermed ikke altid giver entydige svar på, hvor og under hvilke forhold forskellige opgaver skal løses. Imidlertid kan nogle principper og en sammenvejning af de væsentligste hensyn vise, hvordan en balanceret sundhedsplanlægning med placering af opgaver kan foretages. Der kan fx være afvejning af geografisk nærhed, sammenhæng, ensartethed i tilbuddene, individualisering, tilgængelighed m.fl. De konkrete planlægningsmæssige beslutninger må tilpasses så de i højere grad bidrager til at skabe

forudsætninger for faglig bæredygtighed og indtænke en omstilling til det primære sundhedsvæsen.

Fremsidig sundhedsplanlægning bør omfatte alle de sektorer og funktioner, der i dag udgør sundhedsvæsenet, herunder sygepleje, diagnostik, behandling, rehabilitering, palliation, præhospitalt beredskab mv. for at muliggøre en samlet og afvejet planlægning. En sådan sundhedsplanlægning vil muliggøre en afvejet opgaveplacering på rette niveau for målgrupperne, og det vil også i videre udstrækning muliggøre, at værdien af indsatser leveret af én faglig bæredygtig enhed eller funktion ikke mistes på grund af utilstrækkelige indsatser et andet sted i forløbet.

Et udgangspunkt for den overordnede sundhedsplanlægning kan billedligt talt illustreres med normalfordelingskurven, hvor hovedparten af sundhedsvæsenets opgaver skal varetages i det primære sundhedsvæsen.:

Figur 1. Illustration af fordelingen af indsatser til egenomsorg, almene indsatser og specialiserede indsatser.



Groft sagt kan sundhedsvæsenets funktioner, som skal være fagligt bæredygtige, tilrettelægges med forskellig vægtning af principper og hensyn:

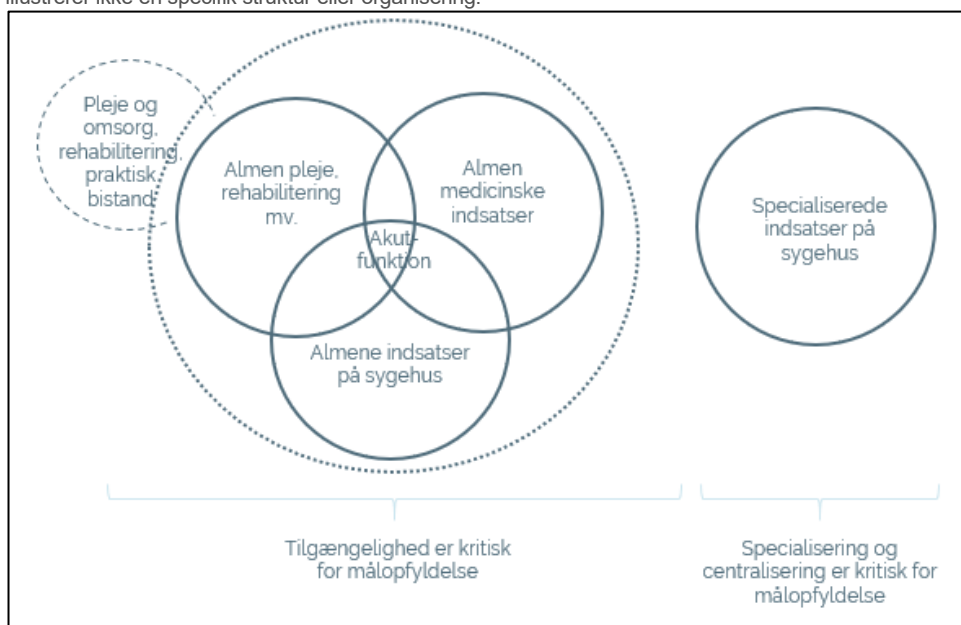
- Generelle befolkningsbehov, som kan varetages af borgeren selv, har *karakter af egenomsorg og hjælp-til-selvhjælp* med nem mulighed for opskalering af hjælpen. Her er også tilgængelighed sammen med sundhedskompetence og let adgang til tilbud og værktøjer væsentlige hensyn.
- Udbredte befolkningsbehov og opgaver for sundhedsvæsenet, som dermed har en *almen karakter*. Her er tilgængelighed af indsatser, indsatsernes indbyrdes afhængighed og sammenhæng væsentlige hensyn.
- Sjældne befolkningsbehov og opgaver for sundhedsvæsenet, som dermed har en *specialiseret karakter*. Her er centralisering af indsatser og indsatsens volumen ("øvelse gør mester") et væsentligt hensyn.

Den samlede kæde af sundhedsvæsenets forskellige dele skal være fagligt bæredygtigt i sine enkeltdele og helheden. Der er behov for en omstilling med forskydning af tyngden i kæden i retning af almene indsatser samt en styrket støtte til egenomsorg og hjælp-til-

selvhjælp (sundhedskompetence). Samarbejde om almene indsatser muliggør et særligt hensyn til udbredt tilgængelighed, og samarbejde om specialiserede indsatser muliggør et centraliseret tværfagligt og multidisciplinært set-up og udstyr.

Funktionerne kan illustreres forskelligt afhængigt af formålet og præmisserne. Nedenfor er vist én måde, der kan skabe sammenhæng mellem funktionerne i sundhedsvæsenets værdikæde.

Figur 2. Illustration af principiel sammenhæng mellem funktioner i sundhedsvæsenets værdikæde. Figuren illustrerer ikke en specifik struktur eller organisering.



Der er behov for en national rammesættende sundhedsplanlægning af hensyn til den samlede værdikæde. Med forpligtende elementer med hensyn til hovedopgaver/målgrupper, kompetencer og kvalitetstandarder vil decentrale myndigheder og andre aktører få nogle fælles holdpunkter til brug for lokal planlægning og tilrettelæggelse af opgaver og samarbejde. Rammesætningen bør endvidere adressere borgernes muligheder for digitalt understøttet hjælp-til-selvhjælp, krav til lokal balance mellem hovedopgaver på alment niveau (sundhedsplan), krav til behandling på specialiseret niveau og visitation dertil (specialeplan) og krav til dimensionering af uddannelser og fordeling af arbejdskraft.

Det almene sundhedsvæsen kan varetage opgaver fra det nuværende almen praksis, kommuner og størstedelen af sygehusenes nuværende opgaver, det vil sige udredning og diagnostik, behandling, genoptræning og rehabilitering, pleje og omsorg samt patientrettet forebyggelse for de hyppigt forekommende sygdomme og tilstande. På det almene niveau er geografisk nærhed væsentlig, ligesom sammenhæng og samarbejde på tværs skal vægtes højt.

Langt hovedparten af patientforløbene bør kunne varetages af et styrket primært sundhedsvæsen (et groft skøn i størrelsesordenen 90 pct.). Dette forudsætter adgang til specialiserede ressourcer (kompetencer og udstyr), entydig lokal ledelse for at udnytte den samlede lokale kapacitet samt lokal og national optimering ved en struktur med balancering mellem et antal styrbare enheder og befolkningsunderlag (sygelighed og arbejdskraft).

I forbindelse med sygehusbehandling på alment niveau bør det tilstræbes at sygehuset kan varetage en meget stor andel af den underliggende befolknings behov. Det er en væsentlig forudsætning for at sikre god tilgængelighed til tilbuddene og en god sammenhæng i de samlede patientforløb. At det pågældende sygehus har en høj selvforsyningsgrad har også den fordel, at det skaber en højere grad af entydighed i samarbejdsrelationerne mellem sygehus og det primære sundhedsvæsen.

Det specialiserede niveau kan varetage en mindre del af opgaverne fra de nuværende sygehuse, de såkaldte lands- og landsdelsfunktioner (i den gældende specialeplan betegnet hhv. højt specialiserede funktioner og regionsfunktioner). Det kan være diagnostik, behandling, herunder akut behandling, genoptræning, rehabilitering mv. ved sjældnere tilstande, hvor der er behov for mere specialiserede indsatser, tværfaglighed med inddragelse af eller tilgængelighed af andre specialer, særligt udstyr eller ekspertviden.

For det specialiserede niveau, som kun varetager en lille del af det samlede antal kontakter i sundhedsvæsenet, er centralisering nødvendigt for at opnå en tilstrækkelig kvalitet, og bør vægtes højere end nærhed, tilgængelighed og sammenhæng.

Lands- og landsdelsfunktioner kan tiltrække ressourcer i form af blandt andet prestige, medarbejdere og forskningsmidler, og dette ressourcetræk må ikke ske på bekostning af det almene niveau. Det vil derfor være hensigtsmæssigt, at en ny struktur understøtter en fordeling af ressourcer, der afspejler befolkningens behov for sundhedsydelse.

2. Introduktion

I marts 2023 nedsatte regeringen Sundhedsstrukturkommissionen,¹ som har til opgave at udarbejde et beslutningsgrundlag, der opstiller og belyser modeller for den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet.

Nogle af sigtelinjerne i kommissoriet for kommissionens arbejde er:

- *Et sundhedsvæsen, der er sammenhængende og samarbejder på tværs af fagligheder, sektorer og geografi.*
- *Et sundhedsvæsen med ensartet, høj kvalitet, hvor uligheden i sundheds både geografisk og socialt bliver nedbragt.*
- *Et nært sundhedsvæsen, hvor borgerne har let adgang til sundhedstilbud.*
- *Et bæredygtigt sundhedsvæsen, hvor ressourcer bruges der, hvor de giver mest sundhed for pengene, hvor flere sygehusophold forebygges og unødigt brug af specialiserede funktioner reduceres.*

Sundhedsstyrelsen har af Sundhedsstrukturkommissionen fået til opgave at beskrive 'faglig bæredygtighed', som grundlag for en nærmere analyse og vurdering af mulige nye modeller for sundhedsvæsenets struktur.

Dette notat beskriver begrebet faglig bæredygtighed, og hvordan man med udgangspunkt i fagligt bæredygtige enheder hidtil har tilrettelagt sundhedsplanlægning i Danmark. Udviklingen i sundhedsvæsenet og de aktuelle udfordringer i relation til faglig bæredygtighed beskrives ligeledes.

Sundhedsplanlægning kan ikke baseres på faglig bæredygtighed alene. I dette notat peger Sundhedsstyrelsen på en mulig ny retning for sundhedsplanlægning, hvor de konkrete planlægningsmæssige beslutninger i højere grad understøtter faglig bæredygtighed, vægtningen af principper samt en omstilling af sundhedsvæsenet, der især styrker det primære sundhedsvæsen. Notatet forholder sig overordnet til problemstillingen og bibringer således ikke vurderinger af om eksisterende konkrete enheder er faglig bæredygtige. I skrivende stund, er det endnu ikke besluttet hvorvidt og i hvilket omfang den eksisterende struktur i sundhedsvæsenet ændres og derfor indeholder notatet ikke konkrete overvejelser om eventuelt ændret opgave- og ansvarsfordeling i en mulig ny struktur.

¹ [Sundhedsstrukturkommissionens kommissorium \(sum.dk\)](https://sum.dk)

3. Baggrund

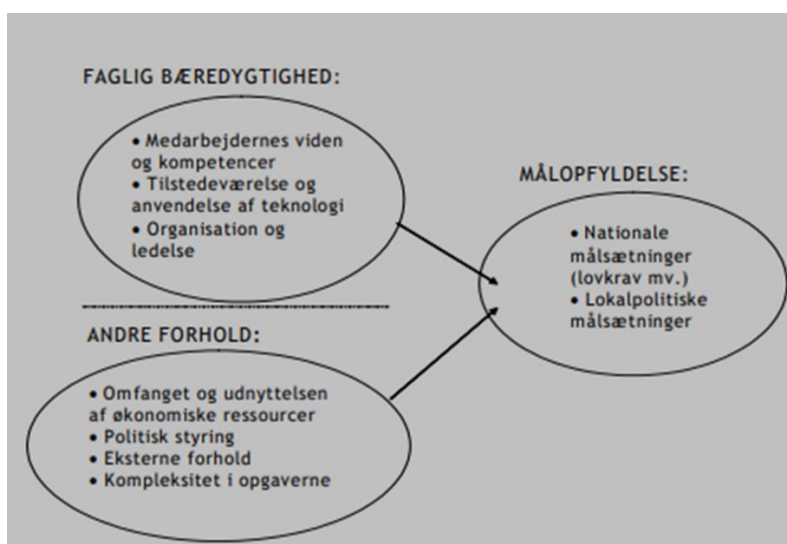
3.1. Begrebet faglig bæredygtighed

Begrebet faglig bæredygtighed indgik som et væsentligt element i forståelsen af kvalitet i opgaveløsningen på tværs af sektorer i den tidligere strukturkommissions hovedbetænkning fra 2004.² I strukturkommissionens hovedbetænkning beskrives det, at muligheden for at indfri politiske ambitioner om høj målopfyldelse i en offentlig institution afhænger af forskellige interne og eksterne forhold (se Figur 1). En væsentlig faktor er, at en enhed, fx en kommunes sygepleje, en sygehusafdeling eller en hel region, er fagligt bæredygtig.

En faglig bæredygtig enhed defineres som en enhed, der personalemæssigt, teknologisk, organisatorisk og ledelsesmæssigt kan løse opgaverne med en høj grad af målopfyldelse

Medarbejdernes viden og kompetencer, den teknologi, der er til rådighed for opgaveløsningen samt den interne organisation og ledelse, kan samlet set betragtes som interne forhold, der vedrører enhedens faglige bæredygtighed, og dermed enhedens mulighed for at levere services af høj kvalitet.

Figur 1. Strukturkommissionens model for sammenhængen mellem faglig bæredygtighed, andre forhold og målopfyldelse.



² Den 1. oktober 2002 blev der nedsat en strukturkommission med det formål at tilvejebringe en teknisk og faglig analyse, der kunne udgøre et beslutningsgrundlag for ændringer i rammerne for løsningen af den offentlige sektors opgaver. Kommissionen skulle gennem en række analyser vurdere fordele og ulemper ved alternative modeller for indretninger af den offentlige sektor og komme med anbefalinger til, hvilken struktur, organisering og opgavefordeling, der på bedste vis kunne sikre indfrielse af målsætninger, der var fastlagt politisk nationalt og lokalt.

Foruden enhedens faglige bæredygtighed, afhænger den enkelte enheds muligheder for høj målopfyldelse ligeledes af andre forhold:

- de økonomiske ressourcer, der er til rådighed, og hvor effektivt disse ressourcer udnyttes
- kompleksiteten i opgaverne, f.eks. patientpopulationens sammensætning, behov og ressourcer osv.
- eksterne forhold, f.eks. konjunkturer, udvikling i efterspørgsel, overordnet ledelse og organisering
- politiske styring, herunder klarhed i de fastlagte mål.

Målopfyldelse er dermed ifølge strukturkommissionens hovedbetænkning en funktion af faglig bæredygtighed, økonomiske ressourcer, politisk styring, kompleksitet i opgaverne og eksterne forhold.

Strukturkommissionen beskriver ligeledes i hovedbetænkningen, at faglig bæredygtighed i de daværende amter, kommuner og praksissektor dels beroede på den faglige bæredygtighed i den enkelte funktionsbærende enhed og dels på sammenhængen i opgaveløsningen. En sammenhængende opgaveløsning på relaterede områder styrker den faglige bæredygtighed i den samlede opgaveløsning. Det vil sige at, faglig bæredygtighed både vedrører den enkelte organisatoriske enhed eller funktion, der løser konkrete opgaver indenfor et bestemt område, som fx kommunal sygepleje eller en akutmodtagelse, og den samlede kæde, der bidrager til forløb. En enhed eller funktion behøver ikke nødvendigvis at ligge samlet på én matrikel i denne forbindelse.

Flere af de forhold, der har betydning for etablering af en faglig bæredygtig opgavevaretagelse er knyttet til sags-/opgavevolumen, og derfor var en styrende faktor for Strukturkommissionens overvejelser befolkningsunderlaget. Strukturkommissionen foretog en gennemgang af forskellige amtslige og kommunale forvaltningsområder for at vurdere et hensigtsmæssigt befolkningsgrundlag for de forskellige services. Sundhedsstyrelsen havde bl.a. vurderet, at befolkningsunderlaget for almindelige kirurgiske og medicinske specialer på sygehuse burde være på minimum 200.000-250.000 indbyggere for at opnå et grundlag for optimal faglig kvalitet. Kommissionen konkluderede, at en række af de daværende amter var for små til at varetage en optimal sygehusplanlægning.

3.2. Sundhedsvæsenets udvikling siden strukturreformen 2007

Det faglige og sundhedspolitiske fokus siden strukturreformen 2007 har i høj grad været knyttet til sygehusvæsenet. Over de sidste to årtier er sygehusvæsenet blevet mere samlet og specialiseret, behandlingskvaliteten på en række områder er markant forbedret, og aktiviteten er steget betydeligt.

Et væsentligt værktøj i den sammenhæng har været specialeplanlægningen³, hvor varetagelsen af særligt komplekse opgaver i sygehusvæsenet er reguleret af Sundhedsstyrelsen. Grundtanken er, at 'øvelse gør mester' og at der for mere specialiserede opgaver i sundhedsvæsenet kræves et udvidet befolkningsunderlag på en halv til fem mio. indbyggere, afhængigt af specialiseringsgraden, for, at der kan være faglig bæredygtighed i forhold til både personale og kompetencer, udstyr og organisering. En regionsfunktion varetages således 1-3 steder i hver region, mens en højt specialiseret funktion varetages 1-3 steder i landet. Gennem specialeplanlægning er flere behandlinger gået fra at være udbredte til kun at varetages få steder i landet, fx operationer for kræft i æggestokkene. Med tiden er nogle tidligere specialiserede behandlinger blevet mere udbredte, fordi udviklingen har gjort procedurerne mindre afhængige af særligt udstyr, kompetencer og samorganisering med øvrige indsatser komplekse. Et eksempel er behandling med biologiske lægemidler i reumatologien. I specialeplanlægningen stilles krav til varetagelsen af specialfunktioner, herunder kapacitet og robusthed, kompetencer og samarbejde og sammenhæng til andre specialer og understøttende sygehusfunktioner. Samtidigt fik regionerne pligt til at indhente rådgivning hos Sundhedsstyrelsen ved udarbejdelse af sundhedsplaner, herunder akut- og sygehusplaner, psykiatriplaner, fødeplaner mv.

I samme periode er den gennemsnitlige liggetid på sygehusene blevet reduceret, og en stor del af sygehusbehandlingen er omlagt til ambulant funktion med et kraftigt fald i antallet af stationære sengepladser til følge.

De nydannede regioner igangsatte en påtænkt udviklings- og centraliseringsproces, og i de efterfølgende år blev der investeret stort i sygehusbyggeri og apparatur. Der er tale om byggeprojekter, der stadig er i gang i dag. Samtidigt med, at nye supersygehuse er blevet bygget, er der lukket en stribe mindre sygehuse, fx sygehuset i Kalundborg, Ringsted, Nakskov, Haderslev, Fredericia, Grenaa, Skanderborg og Brovst.

Akutområdet er ligeledes undergået store forandringer med implementering af fælles akutmodtagelser i stedet for organspecifikke modtagelser, således at sygehusene har én indgang for akutte patienter. Dette førte blandt andet til en halvering af akutmodtagelser over en række år.

I det seneste årti har der ligeledes været et stort fagligt og sundhedspolitisk fokus på lægedækning i hele landet og på kvalitet i sundhedsvæsenet, heraf har tre væsentlige fokuspunkter været:

- udvidelse af opgaverne i almen praksis
- implementering af speciallægen i front i de fælles akutmodtagelser
- reduktion i antallet af sygehuse

Med samling og specialisering af sygehusvæsenets aktiviteter har det primære sundhedsvæsen gennem de sidste mange år fået flere opgaver, hvilket både skyldes flytning af opgaver, men også som følge af kortere indlæggelsestider, som gør at det primære sundhedsvæsen varetager en større del af det samlede patientforløb. Dertil kommer at antallet af patienter med kroniske sygdomme er stigende. Udbuddet af almen praksis til alle borgere i hele landet har været og er, en udfordring. Udover de mange patientforløb,

³ [Gældende specialeplan - Sundhedsstyrelsen](#)

der håndteres alene i almen praksis, går mange patientforløb på tværs af almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen.

På denne baggrund nedsatte den daværende regering i januar 2016 et udvalg om lægedækning i hele landet (Sundheds- og Ældreministeriet 2017). Udvalgets hovedkonklusion var, at der overordnet ikke var et generelt, landsdækkende lægedækningsproblem. Derimod fandt udvalget, at der var udfordringer af mere afgrænset karakter inden for almen praksis i blandt andet yderområder og belastede byområder, på mindre sygehuse samt specifikt inden for det psykiatriske område.

4. Sundhedsvæsenets udfordringer nu og i fremtiden

Den tidligere strukturkommissions model for sammenhængen mellem faglig bæredygtighed og målopfyldelse beskriver en række forudsætninger for faglig bæredygtighed og andre forhold, som kan påvirke målopfyldelsen, men er i praksis ofte blevet forenklet til nogle få centrale dogmer, som i høj grad har været styrende for udviklingen de seneste årtier. I det følgende beskrives udvalgte udfordringer, som mere eller mindre er en konsekvens af at disse centrale dogmer har været styrende for udviklingen.

4.1. Specialisering og centralisering

De seneste årtiers centralisering og specialisering af sundhedsvæsenet har generelt medført en højere kvalitet i behandlingen. På nogle områder er man dog nået til et punkt, hvor ulemperne ved fortsat eller uændret specialisering overgår fordelene. Hvis kompetencerne og ydelserne bliver for snævre og målrettet en lille specifik patientgruppe, kan det medføre ineffektivitet, fordi organisationen bliver for kompleks og der ses vigende marginale gevinster på befolkningsniveau. Dette kan have u hensigtsmæssige konsekvenser for det samlede sundhedsvæsen i form af yderligere behov for specialiseret personale, særligt udstyr mv.

Specialisering medfører ligeledes en organisatorisk fragmentering, hvor specialiseret behandling bliver varetaget i særlige afsnit, teams eller projekter. Specialiserede funktioner kan på den måde være sårbare, fordi der er et for lavt antal medarbejdere til at stå for driften (kapaciteten), kvalitetssikringen og forskningen.

Sårbarheden ses bl.a. inden for fx organtransplantation, neurokirurgi og kræftbehandling og kan bestå i at visse funktioner kun varetages af få kirurger ét eller få steder i landet. Dette er sårbart i forhold til kapaciteten, men også i forhold til kvalitetssikring og forskning i hvilke patienter, der kunne have gavn af den højt specialiserede behandling. Desuden kan fragmentering i funktionernes organisering udfordre det tværgående nationale populationsansvar og øge behovet for nationalt samarbejde mellem de sygehuse, der varetager funktionerne.

Man har desuden tænkt, at samling kunne bidrage til en hensigtsmæssig anvendelse af de knappe personaleressourcer. Dette var ikke mindst relevant på det akutte område, hvor analysen i 2007 viste, at det ville være vanskeligt at opretholde et forsvarligt vagtberebtskab og levere den efterspurgte kvalitet i den daværende sygehusstruktur. Dengang var der langt flere sygehuse, hvor man modtog akutte patienter, men alle sygehuse havde ikke den nødvendige ekspertise og faciliteter. Dog kan der med centralisering være en risiko for, at stordriftsulemper opstår, når enheder bliver så store, at der vil være

stigende vanskeligheder med at administrere og koordinere virksomheden og sikre tilstrækkelig effektiv ledelse og gennemslag af de nødvendige prioriteringer.

I situationer hvor man som konsekvens af specialisering har valgt at centralisere funktioner på færre enheder, kan det være svært at opretholde stærke faglige miljøer på de sygehuse, der ikke varetager specialiseret behandling. Det skyldes bl.a. udfordringer med rekruttering og fastholdelse, forskning mv. (For) høj specialisering ét sted kan således være en udfordring for faglig bæredygtighed andre steder, og det forhold kan bidrage til en løbende forværring af geografisk ulighed i sundhedstilbud og sundhed, når sundhedspersonalet i endnu højere grad koncentrerer sig og omkring de store byer på attraktive arbejdspladser med stærke faglige miljøer, forskningsmidler, prestige mv.

Den faglige og organisatoriske specialisering har også været med til at cementere et stort fokus på det specialespecifikke. Dette har – utilsigtet – bidraget til at fjerne fokus fra kvaliteten for patienter som hører til i flere specialer, og hvor en tværfaglig og tværsektoriel indsats er vigtig. Dette er fx ofte tilfældet med borgere med multisygdom, der typisk er i flere forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringsforløb. Som konsekvens deraf får gruppen af ældre borgere med flere kroniske sygdomme og/eller skrøbelighed fx ikke et optimalt tilbud i sundhedsvæsenet. Det skyldes dels mange sektorovergange, som giver risiko for tabt information og uklarhed om ansvar og dels risiko for, at patientens samlede sygdomsbillede ikke adresseres, hvilket fx kan føre til uhensigtsmæssig overmedicinering og -behandling, når patienten møder sygehusene.

Demensudredning varetages eksempelvis også ofte i et samarbejde mellem primær- og sekundærsektoren, hvor almen praksis varetager den indledende del og derefter eventuelt henviser til udredningsforløb i sekundærsektoren. Sundhedsstyrelsen udgav i 2018 anbefalinger på området, som havde fokus på de organisatoriske rammer for demensudredningsenhederne med det formål at øge kvaliteten i udredningen, så flere kunne få en specifik diagnose.⁴ I 2020 udgav Sundhedsstyrelsen anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens, hvor det fremgår, at det i nogle tilfælde kan være hensigtsmæssigt, at speciallægen i almen medicin færdigudreder patienten og undlader at henvise til en regional udredningsenhed.⁵ Hvorvidt patienten skal færdigudredes, henvises eller ej, beror på speciallægen i almen medicins individuelle vurdering, samt lægens kompetencer vedrørende demens. Et fokus på at øge kvaliteten ved at stille krav til tværfaglighed, med samtidig tilstedeværelse af læger fra flere specialer mv., har dog medført en forringet kvalitet for den samlede patientgruppe, da det har vist sig vanskeligt at leve op til kravene, og der er for nuværende betydelig ventetid til demensudredning. Fordelen i form af en specialiseret og tværfaglig indsats med høj kvalitet står således ikke mål med ulempen i form af ringere tilgængelighed.

⁴ Anbefalinger for organisering af udrednings- og behandlingsenheder for demens

⁵ Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens, Sundhedsstyrelsen, 2020

4.2. Opgaver med mindre specialisering i det primære sundhedsvæsen

Hovedparten af opgaverne i det primære sundhedsvæsen har en almen karakter, hvor det er hensigtsmæssigt at tilstræbe en let tilgængelighed. Alligevel er der blandt opgaverne områder, som kræver en vis specialisering for at tilgodese behovet for tilstedeværelse af de rette kompetencer mv. Særligt inden for genoptræning og rehabilitering, som i udgangspunktet varetages af kommunerne, er der en række områder, hvor der aktuelt er for lille patientvolumen til, at der kan opbygges tilstrækkelige medarbejderkompetencer, rutine og faglige miljøer i hver enkel kommune, hvorfor der er behov for samling og specialisering for at opbygge ensartede tilbud af høj kvalitet⁶.

Dette gælder blandt andet hjerneskaderehabilitering hvor det gennem de sidste 10 år har fremgået af Sundhedsstyrelsens anbefalinger på området, at de fleste patienter vil have brug for genoptræning på avanceret niveau ved personale med særlige kompetencer. Det fremgår endvidere, at de fleste kommuner på grund af deres befolkningsunderlag vil have behov for at indgå i et tværkommunalt samarbejde for at have tilstrækkelig aktivitet til at opnå, vedligeholde og udvikle erfaring og kompetencer hos de involverede faggrupper.⁷ Der er ikke lavet en nylig afdækning af området, men det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at der fortsat kun i ringe grad er etableret tværkommunale samarbejder på dette område.⁸

Andre eksempler er genoptræning efter benamputation, der også kræver særlige kompetencer hos de involverede faggrupper, som det kun er få kommuner, der har en tilstrækkelig aktivitet til at opnå, vedligeholde og udvikle.⁹ Der kan også være særlige genoptrænings- og rehabiliteringsbehov hos små grupper af kræftpatienter, fx ved hoved-halskræft som nødvendiggør en samling og specialisering. Endelig kan der nævnes genoptræning og rehabilitering af små patientgrupper, som kræver særlige kompetencer; fx børn og unge, der har været igennem svær sygdom samt mennesker, uanset alder, udsat for fysiske eller psykiske traumer og mennesker med progredierende sygdomme som fx sclerose og ALS. Der kan også være tale om særlige behandlingsformer, der skal varetages i eget hjem med særlige krav til kompetencer eller brug/vedligeholdelse af udstyret samt opbevaring af væsker og materialer.

I forhold til den kommunale sygepleje følger det af kvalitetskravene for kommunale akutfunktioner,¹⁰ at kvaliteten i indsatsen er særlig udfordret på områder, hvor patientrundlaget er lille, hvorfor indsatsen bør forankres hos få personer med rette færdigheder. I

⁶ Allerede ved evalueringen af kommunalreformen i 2013 fremgik det af [Afrapportering fra underarbejdsgruppen om evaluering af kommunalreformen på sundhedsområdet](#), at der var problemer med at skabe sammenhæng mellem hospitalernes og kommunernes indsats, og at kvaliteten i kommunernes tilbud om genoptræning og rehabilitering var uensartet. Senere i 2015 lavede Rigsrevisionen en gennemgang i [Beretning om indsatsen for patienter med hjerneskade](#) af området, der pegede på de sammenhørende udfordringer fortsat består.

⁷ [Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade, 2020 \(sst.dk\)](#)

⁸ [Servicetjek af genoptræning og rehabilitering til mennesker med hjerneskade, Sundhedsstyrelsen, 2017](#)

⁹ [Kortlægning af regionale og kommunale tilbud om rehabilitering til personer der får amputeret ben i Danmark, REHPA, 2021](#)

¹⁰ [Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner, Sundhedsstyrelsen, 2023](#)

forlængelse heraf bør kommuner med et lille patientgrundlag for akutfunktionen samarbejder om opgavevaretagelsen med henblik på at etablere den tilstrækkelige faglige robusthed. Denne udfordring forstærkes yderligere når kommunerne skal leve op til kravet om en døgn-dækket akutfunktion. En undersøgelse¹¹ af en række kommuners erfaring med at etablere kommunale akutfunktioner viste, at på trods af kravet om at akutfunktionen er tilgængelig døgnet rundt, var der ingen af de undersøgte kommuner som vurderede, at der var tilstrækkeligt volumen til at fastholde et fagligt bæredygtigt tilbud om natten.¹² En af kommunerne pegede således på, at der skulle være et betydeligt befolkningsunderlag som var større end den pågældende kommunes indbyggertal på 75.000 for at opretholde en fuldt døgn-dækket funktion. Udfordringen med tilstrækkeligt volumen må desuden ses i sammenhæng med, at der ved fremtidig omstilling af sundhedsvæsenet må forventes behov for yderligere kapacitetsopbygning i de kommunale akutfunktioner. Dette kan fx være sygepleje til mennesker med multisygdom, herunder samtidig somatisk og psykisk lidelse, subakutte og akutte patienter med somatisk sygdom, ligesom der er behov for at kapaciteten i akutfunktionen i stigende grad koordineres med almen praksis og sygehusene.

Ligeledes ses i de kommunale forebyggelsestilbud til mennesker med kronisk sygdom, udfordringer med at opnå et grundlag for faglig bæredygtighed; både personalekompetencer og effektiv ressourceanvendelse. Forebyggelsestilbuddene er som udgangspunkt ikke sygdomsspecifikke og kan anvendes til en bred målgruppe af borgere med kronisk sygdom, men nogle indsatsområder indeholder sygdomsspecifikke elementer, som derfor tilpasses borgernes individuelle sygdomme. Det fremgår af Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom,¹³ at hvis der er tilstrækkelig volumen inden for samme sygdom, kan der oprettes sygdomsspecifikke gruppeforløb. Kommuner kan i tilfælde af lille volumen af borgere med behov for samme indsats med sygdomsspecifikke elementer indgå i tværkommunalt samarbejde om indsatserne. Eksempelvis har tilbud om diætbehandling varieret som en følge af, at tilbuddet skal varetages af klinisk diætist, hvis kompetencer kan være svær at udnytte fuldt ud, når volumen er lille.

Hertil kommer, at selv store kommuner med et formodet stort grundlag for høj volumen til forebyggelsestilbud kan opleve, at almen praksis og sygehuse kun henviser få personer til tilbuddene, hvilket kan forstærke kommunernes udfordring med at opnå tilstrækkeligt volumen. Dermed udfordres den faglige bæredygtighed for alle dele af kæden (hele patientforløbet) og den samlede effekt risikerer at blive for lille når der foretages undersøgelser og igangsættes behandlinger, hvis ikke også forebyggelses- og rehabiliteringstilbud gives i relevante situationer.

Endelig kan udfordringer med specialisering på det kommunale sundhedsområde også forklares med, at området ikke har været underlagt regulering i modsætning til

¹¹ Det kommunale akutområde – erfaringer og perspektiver på udviklingen fra 15 kommuner, VIVE (2021)

¹² I de pågældende kommuner overgik akutfunktionen om natten i stedet til den almene sygepleje hvilket havde den konsekvens, at nogle af de ydelser og krav til udstyr, der er beskrevet i standarderne ikke er tilgængelige om natten.

¹³ [Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. Kvalitetsstandarder](#), Sundhedsstyrelsen, 2024

specialeplanlægningen, som har været et effektivt redskab til at sikre faglig bæredygtighed gennem specialisering på sygehusene. Eksempelvis har tværkommunale samarbejder fortrinsvist baseret sig på anbefalinger og det har ikke kunnet følges systematisk, om der er iværksat tværkommunale samarbejder.

4.3. Ulighed i sundhed

Social ulighed i sundhed ses ved, at personer med kortere uddannelse rammes oftere af sygdom, mærker større konsekvenser af sygdommene og dør af sygdommene tidligere end personer med lang uddannelse.¹⁴ Der er også ulighed i mødet med sundhedsvæsenet således at nogle personer ikke modtager lige så meget behandling, eller har ikke samme resultat af behandlingen, som andre.¹⁵

En øget social ulighed i sundhed ses ved, at den generelt forbedrede kvalitet i sundhedsvæsenet, som Danmark har oplevet gennem de seneste år, ikke i samme grad er kommet de lavt uddannede til gavn. Eksempelvis er den sociale ulighed i overlevelse efter kræft kun øget gennem de sidste to årtier. Mens der er sket store fremskridt i behandlingen på kræftområdet samlet set, så er der en gruppe af patienter, som ikke har haft gavn af den udvikling, og hvor overlevelsen ikke er steget i samme takt.¹⁶

Geografisk ulighed i sundhed ses ved ulighed i adgangen til sundhedsydelser. Eksempelvis modsvarer lægedækningen af praktiserende læger på tværs af landet ikke befolkningens behov. Områder med mange ældre og patienter med kronisk sygdom er samtidig ofte også områder, hvor der decideret mangler praktiserende læger¹⁷. Det er velkendt, at fysisk afstand til et behandlingstilbud har betydning for anvendelsen af tilbuddet, og at der i denne mekanisme er social ulighed.¹⁸ Det forhold rejser dilemmaer i situationer, hvor man specialiserer og samler funktioner for at sikre faglig bæredygtighed, men faktisk ender med at gøre tilbuddene utilgængelige for dele af befolkningen.

4.4. Mangel på generalistkompetencer

Hvis sundhedsvæsenet skal fastholde en god faglig udvikling og samtidig håndtere, at stadig flere i fremtiden vil leve med kroniske sygdomme, er der behov for at styrke generalistkompetencerne hos de sundhedsprofessionelle snarere end den specialiserede behandling. I Sundhedsstyrelsens rapport *Fremtidens speciallæge — ændring af den lægelige videreuddannelse* er det således et mål, at mange af fremtidens speciallæger får tilstrækkelig faglig bredde og kliniske generalistkompetencer til at arbejde alsidigt og forholde sig til en stor del af patienternes problemstillinger, der knytter sig til multisygdom.

¹⁴ Social ulighed i sundhed og sygdom, Udviklingen i Danmark 2010-2017, Sundhedsstyrelsen, 2020

¹⁵ [Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet - en systematisk litteraturgennemgang udarbejdet til Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet 2022](#)

¹⁶ Social ulighed i kræft i Danmark – Hvidbog. Kræftens Bekæmpelse, 2019.

¹⁷ Lægedækning i hele Danmark – Status på lægedækningsudvalgets forslag og politisk aftale om bedre lægedækning, 2020

¹⁸ Hart, J.T. 1971 The inverse care law". *The Lancet*. 297(7696): 405–12

Derudover skal uddannelsesforløb og kurser fastlægges efter målet om mere fællesskab, større faglig bredde og flere kliniske generalistkompetencer. En stor del af fremtidige speciallæger skal således lære og vedligeholde kompetencer til at behandle de mere hyppigt forekommende tilstande fremfor det højt specialiserede.

Behovet for styrkede generalistkompetencer er bl.a. et udtryk for at udviklingen mod øget specialisering er gået for langt. Det er dog ikke tilstrækkeligt at styrke personalets generalistkompetencer, så længe selve strukturen af sundhedsvæsenet fortsat har et stærkt drive mod specialisering.

4.5. Mangel på arbejdskraft

Robusthedskommissionens rapport og anbefalinger beskriver, at rekrutteringsudfordringerne på sundheds- og ældreområdet er taget til over de seneste år, og i 2021 var mere end hvert tredje rekrutteringsforsøg af social- og sundhedsassistenter og -hjælpere, sygeplejersker og jordemødre forgæves. Rekrutteringsudfordringerne fordeler sig ikke jævnt på tværs af landet. Selvom rekrutteringssituationen er forbedret for disse grupper i 2023 forventes det, at rekrutteringssituationen bliver mere vanskelig i fremtiden. I løbet af de seneste 20 år er der blevet færre til at forsørge og tage sig af dem, der er ældre end folkepensionsalderen.¹⁹

Fremskrivninger af personalebehovet peger på, at der i 2030 vil være en mangel på omkring 17.000 social- og sundhedsassistenter og -hjælpere i forhold til 2019. Samtidig er der ubalance for så vidt angår læger med rekrutteringsproblemer i dele af landet og visse specialer, mens der omvendt er stor søgning til universitetssygehusene, og afdelinger med specialiserede funktioner. Denne udvikling modsvarer ikke fremtidens behov for et øget fokus på ældre og patienter med multisygdom, lav funktionsevne, psykiske lidelser mv.

4.6. Kapacitetsproblemer

Der er kapacitetsproblemer flere steder i sundhedsvæsenet, hvilket i høj grad skyldes personalemangel. Sundhedsstyrelsens notat om faglig gennemgang af kræftområdet beskriver, at der for behandlingen af brystkræft, urologiske kræftformer, lungekræft og mave-tarmkræft igennem længere tid har været en skrøbelig kapacitet. Den primære udfordring er generelt på tværs af både kræftformer og sygehusafdelinger, en knaphed på specialiseret personale. Der er især mangel på operations- og anæstesisygeplejersker og speciallæger inden for urologi, brystkirurgi og radiologi. Udfordringen med manglende personale er imidlertid ikke isoleret til kræftbehandling, men en realitet på mange sygehuse og afdelinger, der behandler både kræftsygdomme og godartede sygdomme, herunder bl.a. inden for urologi, men også på afdelinger, der primært behandler godartede

¹⁹ [Robusthedskommissionens anbefalinger samlet rapport.pdf \(sum.dk\)](#)

sygdomme, fx ortopædkirurgi. Kapaciteten kan være så skrøbelig, at den ikke kan oprettholdes når ganske få blandt det kliniske personale bliver sygemeldt, skifter job eller går på pension eller barselsorlov, indtil en erstatning findes.²⁰ Situationen er forværret af, at der blev opbygget et behandlingsefterslæb for ikke-akutte operationer i forbindelse med covid-19 pandemien og konflikten på sygeplejerskeområdet.²¹

²⁰ [Notat-med-resultater-af-faglig-gennemgang-af-kraeftomraadet.ashx \(sst.dk\)](#)

²¹ Eftersyn af sygehusvæsenet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2023

5. Forudsætninger for faglig bæredygtighed

På et overordnet plan fremstår forudsætningerne for faglig bæredygtighed fortsat gældende, når struktur og opgavefordeling igen skal vurderes. Der er dog behov for en nuancering af de interne forudsætninger for faglig bæredygtighed i en enhed eller funktion og betydningen af forhold udenfor enheden (jf. Figur 1), i lyset af de nuværende udfordringer og den ønskede udvikling mod omstilling til det primære sundhedsvæsen. Der er endvidere behov for en nuancering af hvad målopfyldelse er.

I det følgende benyttes både begreberne faglig bæredygtig 'enhed' og 'funktion', da det ofte er indholdet (funktionen), og ikke strukturen (enheden), der er det betydende. En 'enhed' kan selvfølgelig godt have ansvaret for en 'funktion'.

5.1. Interne forudsætninger for faglig bæredygtighed

Medarbejdernes viden og kompetencer

En faglig bæredygtig funktion er afhængig af mange fagligheder og kompetencer i samarbejde. Varetagelsen af nogle opgaver forudsætter, at medarbejderne er i besiddelse af specialiseret viden, eller har adgang til og kompetencer til at anvende en sådan viden. Den specialiserede viden vil ofte give sig udtryk i krav om særlige uddannelsesbaggrunde hos medarbejderne.

I et sundhedsvæsen med hastig teknologisk udvikling og en ændret demografi, er det afgørende, at medarbejderne løbende kan udvikle deres kompetencer og dygtiggøre sig gennem relevant efteruddannelse.

Erfaring og rutine kan være af stor betydning for såvel den enkelte medarbejders viden og kompetencer, som for organisationens evne til at løse opgaver med såvel høj organisatorisk som faglig kvalitet. Som illustrativt eksempel vil det ikke være fagligt forsvarligt, hvis hjertetransplantationer blev foretaget af læger eller på sygehuse, der kun havde denne type operation nogle få gange om året.

Faglige miljøer med en medarbejderkreds med relaterede opgaver og kompetencer kan på nogle områder være af central betydning for at sikre faglig udvikling, fleksibilitet og robusthed.

En væsentligt ændret forudsætning for faglig bæredygtighed er muligheden for at rekruttere medarbejdere med de rette kompetencer. Der ses aktuelt eksempler i regionerne med omorganisering og samling af sygehusfunktioner, fordi man på grund af personalemangel ikke kan opretholde faglig bæredygtighed. I lyset af aktuelle udfordringer med

rekruttering og fastholdelse af personale i sundhedsvæsenet, kan det ikke længere reduceres til et spørgsmål om økonomiske ressourcer eller faglige miljøer, men man må også tage højde for arbejdsmiljø og belastning, personalets bosætning og det lokale miljø med handelsliv, daginstitutioner og skoler m.m. Ved placering af opgaver i et fremtidigt sundhedsvæsen må man derfor også tage højde for muligheder for at rekruttere personale.

Volumen

Medarbejdernes viden og kompetencer er knyttet til opgavevolumen. Således er udvikling af medarbejdernes rutine og erfaring blandt andet knyttet til antallet af konkrete behandlinger eller forløb. Udvikling af faglige miljøer er også knyttet til volumen, da en vis mængde behandlinger er nødvendig for, at der er opgaver nok til, at en bredere kreds af medarbejdere kan være beskæftiget med relaterede opgaver, og dermed at forudsætningerne for etablering af faglige miljøer er til stede. Tilsvarende er mulighederne for at kunne ansætte og fastholde specialiserede medarbejdere, typisk med specifikke uddannelser, afhængig af volumen. Dels fordi det økonomisk er u hensigtsmæssigt, hvis der ansættes specialiseret arbejdskraft, der ikke kan udnyttes fuldt ud, dels fordi sådanne medarbejdere vanskeligt kan fastholdes og tiltrækkes, hvis der ikke er tilstrækkeligt mange udfordrende opgaver, der kan give medarbejderne mulighed for faglig udvikling og fornyelse.

Der har gennem tiden været forskellige bud på et hensigtsmæssigt befolkningsunderlag for sygehusenes varetagelse af sundhedsydelse. Blandt andet vurderede Sundhedsstyrelsen i forbindelse med strukturkommissionen i 2004 at befolkningsunderlaget for almindelige kirurgiske og medicinske specialer på sygehuse burde være på minimum 200.000-250.000 indbyggere for at opnå et grundlag for optimal faglig kvalitet, mens Sundhedsministerens Rådgivende Udvalg for Sundhedsvæsenet skønnede, at varetagelse af basisfunktioner som hovedregel kræver et befolkningsunderlag på 400-700.000 indbyggere. Disse tal er faglige kvalificerede skøn baseret på forskellige antagelser, og der findes ikke videnskabelig dokumentation for et optimalt befolkningsunderlag.

I *Anbefalinger for den akutte sundhedsindsats*²² fra 2020 har Sundhedsstyrelsen foretaget en litteraturgennemgang med fokus på at estimere det nødvendige befolkningsunderlag for varetagelse af akutte sygehusfunktioner, og for at efterprøve de skønsmæssigt fastsatte befolkningsunderlag, der blev beskrevet i tidligere anbefalinger på området. For en række væsentlige akutte tilstande som sepsis, hjertesvigt, apopleksi, skizofreni, respirationssvigt og blødning fra mave-tarmkanalen viser litteraturgennemgangen en sammenhæng mellem et minimalt patientunderlag og kvalitet. Generelt bekræftes, at det tidligere fastsatte befolkningsunderlag på minimum 200.000, er fagligt relevant. For en række almindelige tilstande, som for eksempel pneumoni og hoftenær fraktur, tyder litteraturen dog på, at der ikke nødvendigvis er en kvalitetsgevinst ved et øget opgavevolumen.

²² [Anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats - Planlægningsgrundlag for de kommende 10 år \(sst.dk\)](#)

Behovet for sundhedsydelse i et givent område afhænger ikke kun af antallet af borgere, men også i høj grad af befolkningens alderssammensætning, sygdomsforekomst og sundhedskompetence. Der er geografisk variation i fordelingen af disse. Opgavevolumen for en faglig bæredygtig funktion, kan således ikke vurderes udelukkende på baggrund af antallet af borgere, men må også medregne befolkningens behov for sundhedsydelser.

Tilstedeværelse og anvendelse af teknologi

En faglig bæredygtig funktion er afhængig af den rette teknologi. Omstillingen til det primære sundhedsvæsen forudsætter blandt andet, at anvendelsen af teknologi og digitale værktøjer løbende udvikles og at allerede kendte værktøjer udbredes i større skala end det er tilfældet i dag. Øvrige forudsætninger for omstilling, herunder anvendelse af teknologi, kan læses i Sundhedsstyrelsens analyse: *Muligheder og forudsætninger for omstilling til det primære sundhedsvæsen*.

Teknologi kan understøtte medarbejdernes viden og kompetencer, både ved beslutningsstøtte og ved at muliggøre fleksibel inddragelse af specialistkompetencer fra det specialiserede sundhedsvæsen i sundhedstilbud i det primære sundhedsvæsen, således at indsatsen lokalt baseres på råd og vejledning fra det specialiserede niveau.

Teknologi kan endvidere understøtte samarbejde på tværs af enheder og funktioner ved at muliggøre deling af data og journaloplysninger. Teknologier skaber desuden nye muligheder for rådgivning og behandling, bl.a. med hjælp-til-selvhjælp, kommunikation mellem borgere og sundhedsprofessionelle samt hjemmebehandling.

De igangværende store sygehusbyggerier kan også betragtes som udstyr eller teknologi, der er afgørende for faglig bæredygtighed. Det tager lang tid at etablere sådanne sygehuse, og de er ikke til at flytte. Derfor er placeringen af de eksisterende sygehuse også et forhold, der skal vægtes i planlægningen af en kommende ny struktur og placering af opgaver. Størrelsen af enhederne i en ny struktur kan også have betydning for brugen af teknologi, da små enheder kan have svært ved at løfte opgaven med at identificere, afprøve, udbyde, implementere og skalere nye teknologier.²³

Organisation og ledelse

Organisation og ledelse er et væsentligt element i at opnå en faglig bæredygtig funktion. Ledelse omfatter formulering af klare målsætninger, prioriteringsevne, ressourcestyring, personaleudvikling, rekruttering og fastholdelse af medarbejdere samt organisationsudvikling, herunder udvikling af effektiv arbejdstilrettelæggelse, sikring af effektive arbejdsprocesser og sammenhængende forløb for patienterne. Særligt prioritering i udvalget af sundhedsindsatser og differentiering af indsatser på baggrund af borgernes behov og ressourcer er væsentligt for at imødekomme de aktuelle udfordringer med kapacitet i sundhedsvæsenet.

Derudover er det væsentligt at ledelse i sundhedsvæsenet også indbefatter at skabe klare og sammenhængende forløb på tværs af sundhedsvæsenet. Fordi patientforløbene

²³ Analyse af kompetencemangel i sundhedsvæsenet, Implement, 2023.

går på tværs af sundhedsvæsenet både indenfor og imellem sektorer er der et stærk behov for, at ledelsen af en enhed eller funktion også orienterer sig mod samarbejdspartnere.

5.2. Andre forhold, der påvirker mulighederne for målopfyldelse

Udover faglig bæredygtighed, afhænger den enkelte enheds eller funktions muligheder for høj målopfyldelse også af andre forhold, fx økonomiske ressourcer. I det følgende beskrives udvalgte forhold, der har betydning for vurdering af en mulig ny struktur og opgavefordeling.

Tværgående ledelse og organisering

Patientforløb går ofte på tværs af sektorer og aktører, og fagligt bæredygtige funktioner har brug for samarbejdspartnere, som har de rette kompetencer. Det vil sige, at samarbejdspartnere også er fagligt bæredygtige funktioner. Derudover skal rammerne for samarbejde også være til stede, hvilket handler om overordnet organisering, ledelse, samarbejdsstrukturer og finansiering af patientforløb på tværs. Det er afgørende, at der ikke opstilles barrierer for samarbejdet, både mellem aktører på sundhedsområdet, og mellem sundhedsområdet og tilgrænsende områder, fx socialområdet.

Det giver ofte bedre muligheder for samarbejde hvis de ansvarlige myndigheder kan mødes samlet på tværs af sektorer og alle kan komme til orde. Erfaringerne med nuværende sundhedsklyngesamarbejder mellem region, kommuner og almen praksis er generelt, at de fungerer bedst med et relativt lille antal deltagere, og dette vil formentlig også være gældende i en mulig ny struktur.²⁴

Ved planlægningen af en ny struktur kan man, udover befolkningsunderlaget, tage udgangspunkt i antallet af samarbejdsrelationer mellem de relevante sektorer (de nuværende almen praksis, kommuner og sygehuse). Erfaringsmæssigt har geografisk afstand til fx et akutsygehus betydning for samarbejdsrelationen mellem kommune og sygehus ligesom almen praksis' forskelligheder med hensyn til tilgængelighed og tilrettelæggelse også influerer på samarbejdet. For sygehuse og almene praksisser gælder det ofte, at de har samarbejdsrelationer med flere kommuner, hvilket skal tilgodeses i forhold til hvilke indgange til samarbejdet, der benyttes. Derfor har det betydning for samarbejdet, hvilke og hvor mange indgange samarbejdspartnerne har til hinanden.²⁵ Samtidig bør beslutningskraften og proportionaliteten tilgodeses. Det vil formentlig være hensigtsmæssigt, at det overordnede samarbejde sker mellem få ligeværdige repræsentanter med ledelsesret, så alle kan samles, for at drøfte og indgå bindende aftaler. Desuden bør optageområderne for de almen medicinske tilbud, kommuner og sygehuse overlappes for at holde antallet af samarbejdsrelationer lavt.

²⁴ Rapport om sundhedsklyngerne udarbejdet af Implement, upubliceret.

²⁵ Analyse af sammenhængende og effektiv kommunal sundhedsindsats, baggrundsrapport, Implement (2019).

Efterspørgsel

Over de kommende år forventes en øget efterspørgsel på sundhedsydelse på grund af en stor stigning i antallet af ældre, en stor stigning i antallet af mennesker med kroniske somatiske sygdomme, en stigning i antallet af mennesker med psykiske sygdomme og en stigning i antallet af mennesker med multisygdom.

Samtidig oplever nogle læger i almen praksis, særligt i områder med stort udbud af almen praksis, at en større andel af patienterne efterspørger sundhedsydelser på baggrund af problemer af psykosocial, trivselsmæssig eller eksistentiel karakter, som ikke kræver lægefaglige kompetencer, og som kan afhjælpes andetsteds, fx gennem patientens eget sociale netværk eller støttetilbud i civilsamfundet.

Kompleksitet i opgaverne

Des mere kompleks en opgave er, des større krav stilles der til viden, kompetencer, teknologi, organisation og ledelse før en funktion kan betragtes som faglig bæredygtig. Eksempelvis er lang uddannelse og avanceret teknologi af stor betydning for kvaliteten af nogle patientforløb med omfattende operationer, mens lang uddannelse og teknologi er af mindre betydning ved kommunal sygepleje.

Kompleksitet i opgaverne afhænger både af hvilke sygdomme der er tale om, og antallet af samtidige sygdomme. Patienternes sundhedskompetencer kan også have betydning for hvor komplekse opgaverne er. Opgaver, der kræver tværfaglige kompetencer, er ofte mere komplekse at løse. Ligeledes kan organiseringen med flere forskellige sektorer, der alle er involverede i ét patientforløb bidrage til kompleksiteten. Endelig kan kompleksiteten øges af udefra kommende regler, fx patientrettigheder, som opgaveløsningen skal tilrettelægges efter.

Med et stigende antal borgere med flere samtidige kroniske sygdomme må kompleksiteten i opgaverne generelt forventes at stige.

5.3. Målopfyldelse

En faglig bæredygtig enhed eller funktion kan løse opgaverne med en høj grad af målopfyldelse. I Strukturkommissionen af 2002 beskrev i betænkningen, at målsætningerne var politisk fastsatte, og både kunne stille krav til den faglige kvalitet og til den oplevede kvalitet.

Siden er kvalitetsbegrebet blevet mere nuanceret, og Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedsvæsenet beskriver kvalitet i sundhedsvæsenet i syv dimensioner, der afspejler hvorvidt sundhedsvæsenet er:²⁶

- Effektivt: Yder evidensbaseret behandling til dem, der har brug for det.

²⁶ [Kvalitetsguiden - Begreber, metoder og værktøjer til kvalitetsudvikling på tværs af sundhedsvæsenet \(2022\)](#)

- Patientsikkert: Forhindrer, at patienter påføres skade som følge af sundhedsvæsenets indsats eller mangel på samme.
- Patientcentreret: Sikrer, at beslutninger afspejler patientens værdier og præferencer, og at forløbet er organiseret med afsæt i patientens behov.
- Rettidigt: Er uden ikke-faglig begrundet ventetid og skadelige forsinkelser.
- Lige og retfærdigt: Sikrer samme behandlingskvalitet, uanset alder, køn, etnicitet, geografi, socioøkonomi, sprog med mere.
- Omkostningseffektivt: Skaber højst mulig værdi for patienten for tilgængelige ressourcer og uden spild
- Integreret: Sikrer sammenhængende forløb koordineret på tværs af sektorer, behandlere og i hele patientens livscyklus.

Udover sundhedsydelse af høj kvalitet er det et vigtigt mål, at sundhedsydelserne rent faktisk kan leveres. Enkelte fagligt bæredygtige enheder eller funktioner, fx højt specialiserede sygehusafdelinger, der leverer sundhedsydelser af høj kvalitet, er således ikke nok til at udgøre et fagligt bæredygtigt sundhedsvæsen, hvis ikke alle enheder og funktioner kan levere sundhedsydelser af høj kvalitet.

Med sundhedsreformen fra 2022, er der formuleret et politisk mål om en omstilling til primære sundhedsvæsen. For at opretholde høj kvalitet forudsætter dette, at planlægningen af opgaveløsningen i det primære sundhedsvæsen i højere grad samles og ensartes på tværs af landet samt understøttes af national kvalitetsplanlægning. Et første skridt i retning af ensartet kvalitet i det primære sundhedsvæsen er taget med udarbejdelse af kvalitetsstandarder for kommunale forebyggelsestilbud og akutfunktioner i den kommunale sygepleje. Kvalitetsstandarderne rummer krav og anbefalinger til indhold og organisering af indsatserne, og understøtter løbende kvalitetssikring, monitorering og opfølgning på indsatsen.

6. Faglig bæredygtighed og sundhedsplanlægning

6.1. Principper for sundhedsplanlægning

Når man arbejder med sundhedsplanlægning, kan man, udover at tage udgangspunkt i begrebet faglig bæredygtighed, opstille en række principper for hvordan man organiserer den konkrete opgavevaretagelse bedst muligt. Afhængig af hvilke opgaver der er tale om, kan nogle af disse principper være mere tungtvejende end andre.

Følgende principper har gennem tiden vist sig at være centrale for planlægning af sundhedsvæsenet (listen er ikke udtømmende):

- **Nærhed:** Sundhedsydelser bør tilbydes så tæt som muligt på borgerne.
- **Ensartethed:** Borgere med samme behov bør tilbydes de samme indsatser til samme kvalitet på tværs af landet.
- **Sammenhæng:** Borgere bør opleve et sammenhængende forløb på tværs af fagligheder, sektorer og geografi.
- **Differentiering:** Sundhedsydelserne bør tilpasses den enkelte borgers behov og ressourcer.
- **Tilgængelighed:** Der bør være let adgang til sundhedsydelser, herunder at tilbudene tilrettelægges så den sociale- og geografiske ulighed minimeres.
- **Omkostningseffektivitet:** Sundhedsydelser bør organiseres under hensyntagen til økonomisk bæredygtighed ift. placering af opgaven, herunder på laveste effektive omkostningsniveau.
- **'Øvelse gør mester':** Jo mere man laver den samme opgave, jo bedre bliver man til det.

For nogle opgaver er det vigtigt, at opgaveløsningen foregår så tæt på borgeren som muligt eller, om muligt, i eget hjem. Det kan være af praktiske årsager eller på grund af overvejelser om tilgængelighed. For mange typer af tilbud gælder det, at jo længere fysisk afstand der er mellem borgeren og tilbuddet, desto mindre bliver det anvendt. Fysisk afstand kan dermed være en helt afgørende forudsætning for tilgængeligheden og anvendelse af tilbuddet. Derudover spiller nærhed en væsentlig rolle for den sociale ulighed i benyttelsen af tilbuddet.

Nogle principper som fx nærhed og tilgængelighed understøtter hinanden. For andre principper kan det være mere vanskeligt at holde dem i hævd samtidigt. Nærhed i opgaveløsningen kan fx for visse opgaver være vanskelig at opretholde, hvis man samtidig vil optimere høj og ensartet faglig kvalitet fx på et specialiseret område eller sikre bedst mulig økonomisk bæredygtighed. Det skyldes, at det ofte er nødvendigt at have en vis volumen i opgavemængden for at sikre tilstrækkeligt erfaringsgrundlag ift. fx operationer ud

fra deisen om, at 'øvelse gør mester'. For højt specialiserede funktioner er det netop dette princip, der i forbindelse med Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning, har forrang for princippet om nærhed. For effektivt ressourceforbrug og økonomisk bæredygtighed kan det være forbundet med stordriftsfordele at samle opgavevaretagelsen et sted, frem for at skulle drive flere forskellige mindre steder. At samle opgavevaretagelsen har den ulempe, at det udfordrer princippet om nærhed.

Et konkret eksempel på nødvendigheden af at balancere principperne er Bornholms hospital. På Bornholm er befolkningsgrundlaget på ca. 40.000. Sundhedsstyrelsen anbefaler et befolkningsunderlag på ca. 200.000-400.000 for fælles akutmodtagelse. Af hensyn til bornholmernes adgang til basale sundhedstilbud har det dog været nødvendigt at lave specifikke løsninger som fx præhospitale ordninger og modtagefunktion for akutte patienter på sygehuset tilpasset de lokale forhold. Det er dog samtidig en forudsætning for disse lokale løsninger, at den sundhedsfaglige kvalitet sikres gennem tæt, formaliseret og dokumenteret samarbejde med øvrige sygehuse i Region Hovedstaden.

Anderledes forholder det sig ved visse sjældne og højt specialiserede behandlinger, hvor målet er høj faglig kvalitet og helhed i opgavevaretagelsen. I henhold til Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning foregår de højt specialiserede behandlinger kun ganske få steder i landet, som Sundhedsstyrelsen beslutter placeringen af. Her stilles der konkrete og specifikke krav blandt andet til dokumenterede kompetencer hos de læger, der har ansvaret for behandlinger, og tilstedeværelsen af særligt udstyr. For nogle behandlinger stilles der ligeledes krav til samarbejdsafdelinger, fx billeddiagnostik eller særlige intensivafsnit. Samtidig følges løbende op på varetagelsen af specialfunktionerne og der stilles krav om at der udføres forskning.

Langt størstedelen af sygehusenes opgaver, de såkaldte hovedfunktioner, bliver ikke reguleret af specialeplanen. Sundhedsstyrelsen rådgiver om hovedfunktionerne, men beslutter ikke, hvor de skal placeres. På hovedfunktionsniveauet varetages opgaver hvor såvel sygdommene som sundhedsvæsenets ydelser er hyppigt forekommende, og hvor ressourceforbruget ikke giver anledning til en samling af ydelserne på specialfunktionsniveau. Eksemplerne illustrerer samtidig, at den statslige styring af det regionale sundhedsvæsen bliver mindre indgribende i takt med lavere kompleksitet og specialisering.

Styring og planlægning af varetagelse af forskellige opgaver kan ske på flere niveauer afhængig af forskellige faglige, organisatoriske og politiske forhold. Udgangspunktet er, at der ikke findes en perfekt organisering eller struktur der imødekommer alle principper. Udfordringen er snarere, at finde den balance mellem modsatrettede hensyn, der bedst adresserer de udfordringer man ønsker at løse. Der vil således altid være afvejsninger og tilfælde hvor noget prioriteres på bekostning af andet. Det betyder samtidig, at en ændret organisering eller struktur kan give bedre forudsætninger for at løse visse typer opgaver, men samtidig gør organisationen dårligere i stand til at løse andre typer opgaver. Udfordringen når man overvejer en ny organisering eller struktur er dermed ikke alene at have fokus på de forbedringer en given forandring vil medføre på et område, men også hvilke omkostninger, der må forventes på andre områder.

6.2. Ny retning for sundhedsplanlægning

Hvis faglig bæredygtighed og de ovenstående principper skal bidrage til forandringer i sundhedsvæsenets struktur, organisering eller opgave- og ansvarsfordeling, er der behov for at principperne vægtes anderledes. De konkrete planlægningsmæssige beslutninger må i højere grad bidrage til at skabe forudsætninger for faglig bæredygtighed og indtænke en omstilling til det primære sundhedsvæsen.

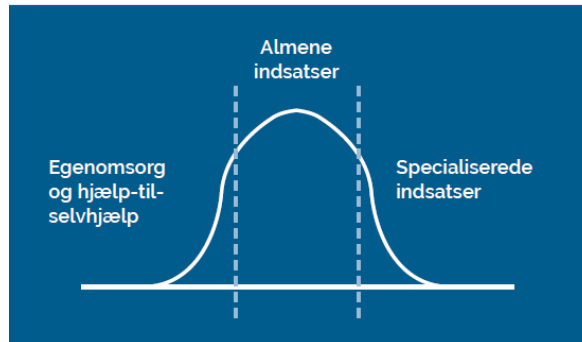
I den sammenhæng er det væsentligt med et helhedsblik på sundhedsplanlægningen så den omfatter alle opgaver i sundhedsvæsenet. Det vil sige opgaver fra alle sektorer; sygehuse, praksissektor og kommunale sundhedsopgaver. Det er særligt vigtigt, når opgaver og ansvar skal flyttes fra en aktør til en anden fx i forbindelse med omstilling til primære sundhedsvæsen. En sådan sundhedsplanlægning vil muliggøre afvejede opgaveplacering på rette niveau for målgrupperne, og det vil også i videre udstrækning muliggøre, at værdien af indsatser leveret af én faglig bæredygtig enhed eller funktion ikke mistes på grund af utilstrækkelige indsatser et andet sted i forløbet.

En omstilling til det primære sundhedsvæsen forudsætter desuden, at planlægningen af opgavevaretagelsen i højere grad struktureres og koordineres imellem sektorer understøttet af national kvalitetsplanlægning samt systematisk kvalitetsudvikling og forskning omfattende det primære sundhedsvæsen. Forudsætninger for omstilling kan læses i Sundhedsstyrelsens analyse: *Muligheder og forudsætninger for omstilling til det primære sundhedsvæsen*.

Der er behov for en national rammesættende sundhedsplanlægning af hensyn til den samlede værdikæde. Med forpligtende elementer med hensyn til hovedopgaver/målgrupper, kompetencer og kvalitetstandarder får decentrale myndigheder og andre aktører fælles holdepunkter til brug for lokal planlægning og tilrettelæggelse af opgaver og samarbejde. Rammesætningen bør endvidere adressere borgernes muligheder for digitalt understøttet hjælp-til-selvhelp, krav til lokal balance mellem hovedopgaver på alment niveau, krav til behandling på specialiseret niveau og visitation dertil og krav til dimensionering af uddannelser og fordeling af arbejdskraft.

En fremtidig national sundhedsplanlægning bør omfatte opgaver på alment niveau og specialiseret niveau. Et udgangspunkt for den overordnede sundhedsplanlægning kan billedligt talt være normalfordelingskurven, som illustration af samtlige opgaver i det nuværende sundhedsvæsen. Den klokkeformede midterste del af kurven indikerer således de opgaver, der fremover skal varetages på det almene niveau, mens venstre hale indikerer opgaver, som fremover skal klares ved hjælp af borgernes egenomsorg og hjælp-til-selvhelp, og højre hale indikerer det specialiserede niveau, hvor der kræves tilstedeværelse af flerfaglige kompetencer samme sted eller særligt dyrt/krævende udstyr.

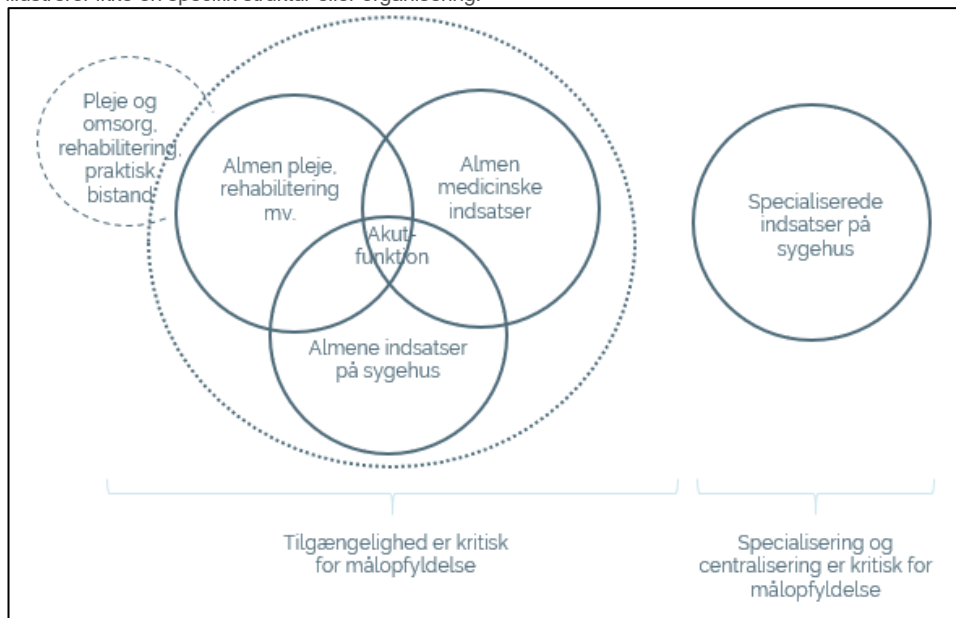
Figur 1. Illustration af fordelingen af indsatser til egenomsorg, almene indsatser og specialiserede indsatser.



Til det almene og specialiserede niveau skal der være krav til opgavevaretagelsen i form af krav til indsatser, målgrupper, kompetencer, udvikling og monitorering. Sundhedsplanlægning bør understøtte forsyningssikkerheden på det almene og lettilgængelige niveau, hvor borgerne får tilbud, de med rimelighed kan forventes at tage imod også under hensyntagen til ulighed i sundhed. Der bør være fokus på opretholdelse og styrkelse af kvaliteten for de store patientpopulationer.

Funktionerne i sundhedsvæsenet kan illustreres forskelligt afhængigt af formålet og præmisserne. Figur 2 viser én måde, der kan skabes sammenhæng mellem funktionerne i sundhedsvæsenets værdikæde. De fuldt optegnede cirkler indikerer indsatser i det offentlige sundhedsvæsen, indenfor den prikkede cirkel er det almene niveau, og udenfor er det specialiserede niveau. Den stiplede cirkel indikerer relaterede områder, som ældre- og socialområdet, der har overlappende indsatser med sundhedsområdet. For opgaverne på sundhedsområdet gælder forskellige hensyn i planlægningen. For specialiseret sygehusbehandling, hvor centralisering er kritisk for målopfyldelse gælder, at der bør være et tilstrækkeligt befolkningsunderlag. For almene indsatser vurderes tilgængelighed derimod at være kritisk for målopfyldelse, hvilket ikke i samme grad nødvendiggør befolkningsunderlag af en bestemt størrelse.

Figur 2. Illustration af principiel sammenhæng mellem funktioner i sundhedsvæsenets værdikæde. Figuren illustrerer ikke en specifik struktur eller organisering.



Der forudsættes ikke nye sygehusbyggerier eller -lukninger, men formentlig omplacering af funktioner.

I forbindelse med en operationalisering af faglig bæredygtighed i en ny struktur, er det væsentligt at tage højde for at vægtningen af principperne bør være forskellig alt efter hvilket område der er tale om. Dette gælder ligeledes for hvor indgribende den statslige regulering af det regionale sundhedsvæsen bør være i en national sundhedsplan. Store gennemgribende, universelle områder som kræftområdet bør planlægges på nationalt niveau med få strukturelle greb med lille fleksibilitet og sjældne ændringer. Andre områder planlægges på nationalt niveau med moderat fleksibilitet og mindre gennemgribende, og regionale problemstillinger planlægges lokalt med større frihed. Ved planlægningen af en ny struktur for sundhedsvæsenet, baseret på faglig bæredygtighed og omstilling til det primære sundhedsvæsen, kan man vægte principperne for sundhedsplanlægning som beskrevet nedenfor.

Almene niveau

Det almene sundhedsvæsen kan varetage opgaver fra det nuværende almen praksis, kommuner og størstedelen af sygehusenes nuværende opgaver, det vil sige udredning og diagnostik, behandling, genoptræning og rehabilitering, pleje og omsorg samt patientrettet forebyggelse for hyppigt forekommende sygdomme og tilstande. Det kan både være hyppige tilstande, der kræver almen medicinske kompetencer, og hyppige tilstande, der kræver organspecifikke speciallægekompeter. Det almene sundhedsvæsen har derfor behov for kompetencer fra flere forskellige lægelige specialer. Ydelser i det almene sundhedsvæsen kan blandt andet tilbydes i eget hjem, sundhedshuse og praksisser samt på sygehuse.

Langt hovedparten af patientforløbene bør kunne varetages af et styrket primært sundhedsvæsen (et groft skøn i størrelsesordenen 90 pct.), med mulighed for sparring fra sygehusene, uden at videregive behandlingsansvar, da et evt. skift øger kompleksiteten, risikoen for fejl og transaktionsomkostninger. Dette forudsætter adgang til specialiserede ressourcer (kompetencer og udstyr), entydig lokal ledelse for at udnytte den samlede lokale kapacitet samt lokal og national optimering i en struktur der balancerer antallet af styrbare enheder og befolkningsunderlaget (sygelighed og arbejdskraft).

På det almene niveau, hvor langt det største antal kontakter sker, bør tilgængelighed vægtes højt. Når der er tale om basale sundhedsydelse er geografisk nærhed væsentlig. Sammenhæng og samarbejde på tværs skal ligeledes vægtes højt så fx ældre medicinske patienter med multisygdom oplever patientforløb der er sammenhængende, tilgængelige og geografisk tæt på.

Omstilling til det primære sundhedsvæsen, og en satsning på sammenhæng for patienter med multisygdom vil kunne betyde, at hver enkelt sygdom ikke behandles af en speciallæge indenfor det pågældende fagområde. I dette tilfælde får sammenhæng og helhed i behandlingen forrang for den isolerede høje faglige kvalitet. Kvalitet og ensartethed kan understøttes ved brug af nationale sundhedsfaglige retningslinjer samt ved tilgængelighed til rådgivning fra relevante speciallæger.

Akutsygehuse på alment niveau, både somatiske og psykiatriske, bør fortsat planlægges ud fra et befolkningsunderlag på 200.000 - 400.000 borgere og tage udgangspunkt i de eksisterende sygehuse. Hvor helt særlige geografiske forhold gør det nødvendigt og fagligt hensigtsmæssigt at kunne modtage patienter med akut opstået eller forværret sygdom eller skade til sygehusbehandling, kan akutsygehuse, både somatiske og psykiatriske, undtagelsesvist planlægges med befolkningsunderlag mindre end 200.000. Disse mindre akutsygehuse med særlige geografiske forhold forventes ikke at have fuld bredde i kompetencer og vagtberedskaber, og skal derfor indgå i et fastlagt samarbejde med et eller flere større akutsygehuse med henblik på at sikre optimal præhospital visitation samt understøttelse af varetagelsen af akutfunktioner.

I forbindelse med sygehusbehandling på alment niveau bør det tilstræbes at sygehuset kan varetage en meget stor andel af den underliggende befolknings behov for almene sygehusindsatser. Det er en væsentlig forudsætning for at sikre god tilgængelighed i tilbudene og en god sammenhæng i de samlede patientforløb. At det pågældende sygehus har en høj selvforsyningsgrad har også den fordel, at det skaber en højere grad af entydighed i samarbejdsrelationerne mellem sygehus og det primære sundhedsvæsen.

Specialiseret niveau

Det specialiserede niveau kan varetage en mindre del af opgaverne fra de nuværende sygehuse, de såkaldte lands- og landsdelsfunktioner (i den gældende specialeplan betegnet hhv. højt specialiserede funktioner og regionsfunktioner).

Det kan være diagnostik, behandling, herunder akut behandling, genoptræning, rehabilitering mv. ved sjældnere tilstande, hvor der er behov for mere specialiserede indsatser, tværfaglighed med inddragelse af eller tilgængelighed af andre specialer, særligt udstyr eller ekspertviden. Det drejer sig om de ca. 10 % af de nuværende opgaver i sygehusvæsenet, som er reguleret af Sundhedsstyrelsens specialeplan. Specialeplanen omfatter regionsfunktioner, som har en vis kompleksitet, er relativt sjældent forekommende og/eller kræver en del ressourcer, herunder f.eks. samarbejde med flere andre specialer. En regionsfunktion varetages typisk 1-3 steder i hver region. Derudover er der de højt specialiserede funktioner, som har en stor kompleksitet, er sjældent forekommende og/eller kræver mange ressourcer, f.eks. samarbejde med flere andre specialer. En højt specialiseret funktion varetages typisk 1-3 steder i landet. Befolkningsunderlaget for disse funktioner er således ca. 500.000 til 1,5 mio. borgere for regionsfunktioner og ca. 2 til 6,5 mio. borgere for højt specialiserede funktioner. Udvalgte grupper af patienter med akut opstået sygdom eller skade med en vis kompleksitet, sjældenhed og særlige krav til kompetencer og ressourcer skal ligeledes behandles i lands- og landsdelsfunktioner.

For det specialiserede niveau, som kun varetager en lille del af det samlede antal kontakter i sundhedsvæsenet, bør centralisering samt princippet om 'øvelse gør mester' vægtes højere end nærhed, tilgængelighed og sammenhæng.

Der vil typisk være behov for en række understøttende funktioner, som fx intensivafdeling, klinisk biokemi og radiologi, ligesom der for visse funktioner er krav om tæt samarbejde mellem flere specialer. Der bør ved placering af lands- og landsdelsfunktioner således tages højde for at de kan samarbejde om de understøttende funktioner, og om der er afhængigheder mellem funktionerne. Lands- og landsdelsniveauet kan derfor i udgangspunktet placeres på sygehuse, der også varetager det almene niveau, og kan samarbejde om disse understøttende funktioner.

Erfaringen viser, at lands- og landsdelsfunktioner kan tiltrække ressourcer i form af blandt andet prestige, medarbejdere og forskningsmidler, og dette ressourcetræk må ikke ske på bekostning af det almene niveau. Det vil derfor være hensigtsmæssigt, at en ny struktur understøtter en fordeling af ressourcer, der afspejler befolkningens behov for sundhedsydelser. Samtidig kan en national rammesætning med veldefinerede rammer for indsatserne, krav til behandling på specialiseret niveau og visitation dertil (specialeplan) bidrage til en optimeret anvendelse af indsatserne på alment og specialiseret niveau.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Bilag 4:

Sundhedsvæsenets organisering mv. i udvalgte lande.

Udarbejdet for Sundhedsstrukturkommissionen, Boston Consulting Group (BCG)



Sundhedsvæsenets organisering mv. i udvalgte lande

Sundhedsstrukturkommissionen

NOVEMBER 2023, KØBENHAVN



Notatets indholdsfortegnelse

1. Ledelsesresumé	2
2. Rapportens opdrag, formål, tilgang og grundlag	5
3. Introduktion til de udvalgte lande	7
4. Forvaltningsstrukturer og opgavefordeling	12
5. Ressourcer og aktiviteter i sundhedsvæsenet	31
6. Større reformer og tiltag	44
Appendiks	51
A. Større reformer og tiltag	52
B. Litteraturliste	58



Notatets indholdsfortegnelse

>	1. Ledelsesresumé	2
	2. Rapportens opdrag, formål, tilgang og grundlag	5
	3. Introduktion til de udvalgte lande	7
	4. Forvaltningsstrukturer og opgavefordeling	12
	5. Ressourcer og aktiviteter i sundhedsvæsenet	31
	6. Større reformer og tiltag	44
	Appendiks	51
	A. Større reformer og tiltag	52
	B. Litteraturliste	58

Ledelsesresumé

Rapportens opdrag, formål, tilgang og grundlag | Kapitel 2

Som en del af grundlaget for Sundhedsstrukturkommissionens arbejde har BCG gennemført en analyse af sundhedsvæsenets overordnede organisering i fem udvalgte lande: England, Holland, Sverige, Norge og Finland, herunder også Danmark.

Analysen er gennemført med en pragmatisk tilgang, der tager højde for, at de udvalgte lande i varierende grad og på forskellige måder vil have interessante perspektiver for den danske Sundhedsstrukturkommission.

Til grund for analysen ligger en omfattende litteraturkortlægning samt interviews med myndigheder og BCG-eksperter i de udvalgte lande. Der indgår løbende casestudier i notatet mhp. at illustrere og eksemplificere interessante perspektiver, fx ift. forebyggelse i primærsektoren og effektivisering på tværs af sektorer.

Introduktion til de udvalgte lande | Kapitel 3

Kapitlet præsenterer en kontekstforståelse af de fem udvalgte lande og Danmark gennem centrale nøgletal. Flere fællestræk er nævneværdige, fx har alle lande en forholdsvis høj befolkningsandel over 65 år (18-23 pct.), og der ses en stigende andel ældre frem mod 2035. Ikke mindst sker der en stigning blandt de ældste ældre over 80 år, som typisk trækker mest på sundhedsvæsenet. Andelen af ældre over 80 år stiger således på tværs af lande fra 4-6 pct. til 7-10 pct.

Kvaliteten i sundhedsvæsenet målt meget bredt er sammenlignelig, jf. Legatum World Health Care Index, og der ses ingen direkte sammenhæng mellem sundhedsudgifter som andel af BNP og sundhedskvalitet.

Flere forskelle gør sig dog også gældende mellem landene, fx er der 43 pct. forskel i sundhedsudgifter pr. borger (fra 24.000 DKK til 34.000 DKK), og BNP pr. borger varierer betragteligt fra 302.000 DKK i England til 793.000 DKK i Norge.

Forskellene betragtes dog som værende af mindre betydning for analysen, fordi landene her skal inspirere ift. udviklingen af det danske sundhedsvæsen på forskellige måder. Variationerne skal dog tages i betragtning, når analyseresultater overføres til en dansk kontekst.

Forvaltningsstrukturer og opgavefordeling | Kapitel 4

Kapitlet præsenterer en analyse af de overordnede forvaltningsstrukturer på tværs af de udvalgte lande. Danmark, Norge og Sverige har forholdsvis komplekse forvaltningsstrukturer med flere forvaltningsled end de øvrige lande, mens fx England og Finland gennem reformer har forenklet forvaltningsstrukturerne mhp. at sikre sammenhæng, effektivitet og lige adgang for borgerne.

Sundhedsvæsenet er hovedsageligt offentligt finansieret i alle lande. Hospitaler og almen praksis finansieres typisk igennem en kombination af rammebudgetter/basishonorar og aktivitetsbaserede honorering. Der indgår som en mindre andel af den samlede finansiering også resultatbaseret honorering i nogle lande.

Også ældreplejen og det specialiserede voksenområde er fortrinsvis offentligt finansieret. Her anvendes typisk takstfinansiering af døgntilbud og timebetaling for indsatser i borgerens hjem.

Alle lande har en andel af brugerbetaling for primære sundhedsydelser, men i varierende grad, fx er 16 pct. af de finske sundhedsudgifter finansieret gennem brugerbetaling, og der indgår her brugerbetaling på langt de fleste sundhedsydelser. Danmark er et af de lande, som har mindst brugerbetaling på tværs af de udvalgte lande.

Flere lande har i organiseringen af sundhedsvæsenet særligt fokus på at styrke det tværsektorielle samarbejde og sikre effektive og sammenhængende forløb for patienterne, fx anvendes lokale sundhedscentre i Sverige og Finland til at skabe lettere adgang til både almen praksis og andre sundhedsprofessionelle.

Økonomi og ressourcer på tværs af sektorer | Kapitel 5

Kapitlet præsenterer en analyse af økonomi og medarbejdere i sundhedsvæsenet. For at få det mest retvisende billede med udgangspunkt i de tilgængelige data ser vi her særskilt på sundhedsydelser og langtidspleje på tværs af landene.

Udgifter til sundhedsvæsenet

Alle lande har haft stigende udgifter til sundhedsvæsenet samlet set på 2-4 pct. årligt. Udgifter til sundhedsydelser (indlæggelser, ambulante behandling på hospitaler og behandling uden for hospitaler) udgør 42-61 pct., mens langtidspleje udgør 15-29 pct af de samlede sundhedsudgifter.

Ledelsesresumé

Generelt er den største post indlæggelser (18-27 pct.), og andelen er størst i Danmark. Udgifterne til ambulante behandlinger på hospitaler øges dog over tid mere end udgifterne til indlæggelser på tværs af lande.

For langtidspleje udgør langt størstedelen udgifter til plejehjem m.m. (11-27 pct. af de samlede udgifter til sundhedsvæsenet), mens udgifterne til langtidspleje i hjemmet kun udgør 1-14 pct. Over tid stiger udgifterne til langtidspleje i hjemmet dog mere end udgifterne til langtidspleje på plejehjem m.m.

Herudover er det interessant, at England, Holland og Finland har meget lave udgiftsniveauer til langtidspleje i hjemmet sammenlignet med de øvrige lande. Finland og England har samtidig de laveste udgiftsniveauer til langtidspleje på plejehjem m.m., mens Holland her ligger en del over de øvrige lande.

Samlet set peger udgiftsudviklingen på tværs af lande på et ønsket skift i sundhedsvæsenet i retning af en prioritering af primærsektoren.

Medarbejdere i sundhedsvæsenet

Mellem landene er der 45 pct. spredning i antallet af medarbejdere pr. borger ansat i sundhedsvæsenet. Her ligger England og Holland lavest med 32 medarbejdere pr. 1000 borgere, mens Norge ligger højest med 46 medarbejdere pr. 1000 borgere. Danmark ligger forholdsvis lavt. Der sker kun mindre stigninger i antallet af medarbejdere over tid på tværs af lande.

Ser man specifikt på sundhedsydelse, er der store forskelle i antallet af læger pr. borger på hospitaler - der er tre gange så mange læger pr. borger i Danmark, som ligger højest, end i Holland, der ligger lavest. Der ses samtidig en stigning i antallet af læger på hospitaler generelt. Stigningen er størst i Danmark (2,4 pct.), mens både Finland og Holland kun har mindre stigninger.

Omvendt ses der et mindre fald i Danmark ift. læger udenfor hospitaler, mens der er en stigning i antallet af læger pr. borger udenfor hospitaler både i Norge og Holland. Også her er der store forskelle på niveauet på tværs af lande - og niveauforskellene fastholdes over tid.

I forhold til antallet af sygeplejersker og jordemødre på hospitaler er niveauet ligeledes stabilt over tid, men det varierer betydeligt på tværs af lande - Norge ligger over de øvrige lande, men Danmark ligger også forholdsvis højt.

Ser man særskilt på medarbejdere, der varetager langtidspleje, ses der også her store forskelle i niveauet - fra 14,9 medarbejdere pr. 1000 borgere i Danmark til 45,5 medarbejdere i Holland. Der er her et stabilt niveau eller endog mindre fald på tværs af lande over tid, hvilket er interessant i lyset af det stigende antal ældre i alle lande. Tendensen genfindes i alle personalegrupper.

Større reformer og tiltag | Kapitel 6

På tværs af lande har de større tiltag og reformer på sundhedsområdet ofte forholdsvis enslydende mål: Sikre bedre koordination på tværs af sektorer, sikre mere lige adgang og kvalitet, styrke indsatsen til kronikere, og levere mere sundhed for pengene.

Der ses overordnet to forskellige tilgange til reformer på tværs af lande:

- 1) I England og Finland har reformerne karakter af transformative ændringer med omfattende omstruktureringer af sundhedsvæsenet
- 2) I Holland, Norge og Sverige har reformerne karakter af mere inkrementelle ændringer med ny regulering, målrettede puljer og aftaler.

For England og Finland er der i forbindelse med de omfattende omstruktureringer etableret nye geografiske enheder i begge lande, som skal varetage sundhedsydelse på tværs af primær- og sekundærsektor og sikre sammenhæng, effektivitet og lige adgang for borgere. Motiverne for reformerne varierer dog: Finland har længe ønsket en administrativ centralisering, og den aktuelle reform anses som et kompromis i den forbindelse. I England er reformen et element i NHS' tiårsplan fra 2019.

For Holland, Norge og Sverige har de inkrementelle reformer haft til formål at styrke koordination og primærsektor samt reducere anvendelsen af hospitaler. Der anvendes her forskellige implementeringsgreb: Hvor Norge har en top-down tilgang med central styring, ny lovgivning og finansiering, har Sverige og Holland mere bløde implementeringsgreb med aftaler og bottom-up løsninger uden store nationale lovændringer.



Notatets indholdsfortegnelse

1. Ledelsesresumé	2
➤ 2. Rapportens opdrag, formål, tilgang og grundlag	5
3. Introduktion til de udvalgte lande	7
4. Forvaltningsstrukturer og opgavefordeling	12
5. Ressourcer og aktiviteter i sundhedsvæsenet	31
6. Større reformer og tiltag	44
Appendiks	51
A. Større reformer og tiltag	52
B. Litteraturliste	58

Analysens opdrag og formål samt BCG's tilgang og grundlag

Baggrund og formål med analysen

Regeringen har nedsat en Sundhedsstrukturkommission, der skal udarbejde et beslutningsgrundlag, som "fordomsfrit opstiller og belyser modeller for den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet". Modellerne skal understøtte et forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen med mere lighed, og som er mere nært og bæredygtigt, jf. kommissoriet for kommissionen.

Som en del af grundlaget for Sundhedsstrukturkommissionens arbejde har BCG gennemført en analyse af sundhedsvæsenets overordnede organisering i en række udvalgte lande, herunder en beskrivelse af forvaltningsstrukturer, opgave/ansvarsfordeling, ressourcefordeling på tværs af sektorer samt større tiltag (struktur, styring mv.).

Der indgår seks lande i analysen: Norge, Sverige, Finland, Holland og England samt Danmark. Herudover indgår udvalgte erfaringer fra Skotland, Israel og USA.

Analysen er gennemført med en pragmatisk tilgang, der tager højde for, at de udvalgte lande i varierende grad og på forskellige måder vil have interessante perspektiver for den danske Sundhedsstrukturkommission.

Analysen omfatter uddybende beskrivelser af relevante cases, herunder konkrete eksempler på finansierings- og incitamentsmodeller.

Der er her særligt fokus på caseeksempler, som understøtter:

- Øget behandling/forebyggelse i primærsektoren, herunder fx gate-keeperfunktionen
- Populationsansvar
- Mindskelse af overbehandling/overdiagnosticering
- Omkostningseffektive investeringer på tværs af sektorer.

Tilgang og grundlag

BCG har som grundlag for analysen gennemført en omfattende litteraturkortlægning, herunder:

- Hjemmesider fra relevante myndigheder og organisationer i de udvalgte lande
- Policyoplæg, reformoplæg m.m.
- Publiceret forskning og analyser af sundhedsvæsenet
- Nøgletal fra centrale kilder som OECD, PLO og Sundhedsdatastyrelsen
- Analyser og rapporter udarbejdet af BCG.

Den samlede litteraturoversigt er indsat sidst i notatet.

Vi har herudover inddraget eksperter på sundhedsområdet i de enkelte lande både fra landenes myndigheder og fra BCG og har herigennem valideret de øvrige kilder samt vores analyser og konklusioner.

Nærværende notat sammenfatter analysens resultater med fokus på:


- Centrale nøgletal, der giver en kontekst for de udvalgte lande i kapitel 3
- Overblik over forvaltningsstrukturer og opgavefordeling i kapitel 4
- Indblik i fordelingen af ressourcerne i sundhedsvæsenet i kapitel 5
- Overblik over større reformer- og tiltag i kapitel 6.
- Endelig indgår i appendiks: 1. et overblik over større reformer og tiltag i de udvalgte lande. 2. en samlet litteraturliste.

Det skal understreges, at formålet ikke er en gennemgående benchmarking af de udvalgte lande, men en analyse der identificerer særligt interessante aspekter af sundhedsvæsenet i det enkelte land med henblik på at give inspiration til Sundhedsstrukturkommissionens arbejde.

BCG præsenterer derfor, hvor det er relevant, centrale aspekter på tværs af de fem lande og Danmark. Vi dykker herudover ned i konkrete cases, der nuancerer særligt interessante aspekter i lyset af analysens formål. Endelig sammenfatter vi væsentlige pointer i de enkelte kapitler.



Notatets indholdsfortegnelse

1. Ledelsesresumé	2
2. Rapportens opdrag, formål, tilgang og grundlag	5
 3. Introduktion til de udvalgte lande	7
4. Forvaltningsstrukturer og opgavefordeling	12
5. Ressourcer og aktiviteter i sundhedsvæsenet	31
6. Større reformer og tiltag	44
Appendiks	51
A. Større reformer og tiltag	52
B. Litteraturliste	58

Kapitel 3 Introduktion til de udvalgte lande

Dette kapitel giver en kontekstforståelse for de fem udvalgte lande og Danmark, gennem en række centrale nøgletal vedr. demografi, udgifter og kvalitet.

Kapitlets analyse giver anledning til en række overordnede observationer:

1

Demografi | Alle lande har en forholdsvis høj befolkningsandel over 65 år, og der ses en stigende andel ældre frem mod 2035 ikke mindst blandt de ældste ældre over 80 år, som typisk trækker mest på sundhedsvæsenet.

2

BNP pr. borger | Der er store variationer mellem landene, fx varierer BNP/borger (justeret for købekraft) fra 302.000 DKK (England) til 793.000 DKK (Norge).

3

Sundhedsudgifter | Der er stor forskel i sundhedsudgifter pr. borger mellem landene - fra 24.000 DKK pr. borger i Finland, til 34.000 DKK pr. borger i Norge. Udgifterne kan potentielt forblive høje som følge af et efterslæb fra covid-19 ift. behandling af patienter og gæld.

4

Kvalitet | Landene ligger forholdsvis tæt ift. kvalitet i sundhedsvæsenet (World Health Care Index). Der ses ikke en direkte sammenhæng mellem sundhedsudgifter som andel af BNP og sundhedskvalitet.

5

Forskel mellem landene | Forskellene er af mindre betydning her, da landene er udvalgt, fordi de på forskellige måder kan inspirere ift. udviklingen af det danske sundhedsvæsen. Variationerne skal dog tages i betragtning, når analyseresultater overføres til en dansk kontekst.

Karakteristika af de fem lande og Danmark | Aldrende befolkninger og stor variation i BNP pr. borger

Introduktion til kapitlet

For at give en kontekstforståelse for de fem udvalgte lande og Danmark, har BCG indledningsvis samlet en række centrale nøgletal vedr. demografi, udgifter og kvalitet.

Stor forskel på befolkningsstørrelsen

De fem lande er som nævnt udvalgt, fordi de på forskellige måder kan inspirere ift. udviklingen af det danske sundhedsvæsen. Størrelsesmæssigt er der ikke overraskende meget store forskelle - Danmark, Norge og Finland er ca. lige store med omkring 5-6 mio. borgere, Sverige er lidt større, mens både England og Holland har betydeligt flere indbyggere.

Flere ældre og særligt flere af de ældste ældre







Den forventede levealder er i alle lande over 81 år og har haft positiv stigning de seneste 10 år. Alle lande har derfor også en forholdsvis høj befolkningsandel over 65 år (18-23 pct.), og der ses en stigende andel ældre frem mod 2035, ikke mindst blandt de ældste ældre over 80 år, som typisk trækker mest på sundhedsvæsenet. Andelen af ældre over 80 år stiger på tværs af lande fra 4-6 pct. til 7-10 pct.

Store forskelle i BNP pr. borger

Der er store variationer i BNP mellem landene, fra 302.000 DKK BNP/borger (England) til 793.000 DKK (Norge). Der anvendes her købekraftsjusteret BNP mhp. at sikre et sammenligneligt mål på tværs af lande.

Forskellene mellem landene har mindre betydning i dette notat, da landene indgår i analysen på baggrund af konkrete udviklingstendenser i det enkelte land. Variationerne skal dog tages i betragtning, når analyseresultater overføres til en dansk kontekst.

Figur 3.1: Udvalgte demografiske og økonomiske nøgletal

	Befolkningstal (mio.)	Befolkningsandel >65år / >80år (2021)	Befolkningsandel >65år / >80år (2035)	Forventet levealder (år)	Stigning i forv. levealder (sidste 10 år)	BNP pr. borger, 2022 (DKK ¹)
 Danmark	5,8	20% / 5%	24% / 8%	81,4	1,5	510 T
 England ¹	56,5	18% / 5%	23% / 7%	81,2	0,9	302 T ²
 Finland	5,5	23% / 6%	27% / 10%	82,0	1,4	410 T
 Holland	17,5	20% / 5%	25% / 8%	81,5	0,2	480 T
 Norge	5,4	18% / 4%	23% / 7%	83,2	1,8	793 T
 Sverige	10,4	20% / 5%	23% / 8%	83,2	1,3	448 T

Anvendte OECD variable: i. "Current expenditures on health (all functions), All providers, Share of gross domestic product".

Noter: 1. BNP justeret for købekraftsparitet, beregnet med valutakurs, 1,0 USD = 6,9 DKK; 2. BNP tal fra 2021, beregnet med valutakurs 1,0 GBP = 8,7 DKK

1

OECD anvender samlede opgørelser for Storbritannien, og det er ikke muligt at udskille England herfra. Derfor anvendes UK-opgørelser flere steder i analysen som proxy for England. Da England udgør ~86% af Storbritanniens samlede BNP, jf. Office for National Statistics, vurderes dette at være acceptabelt.

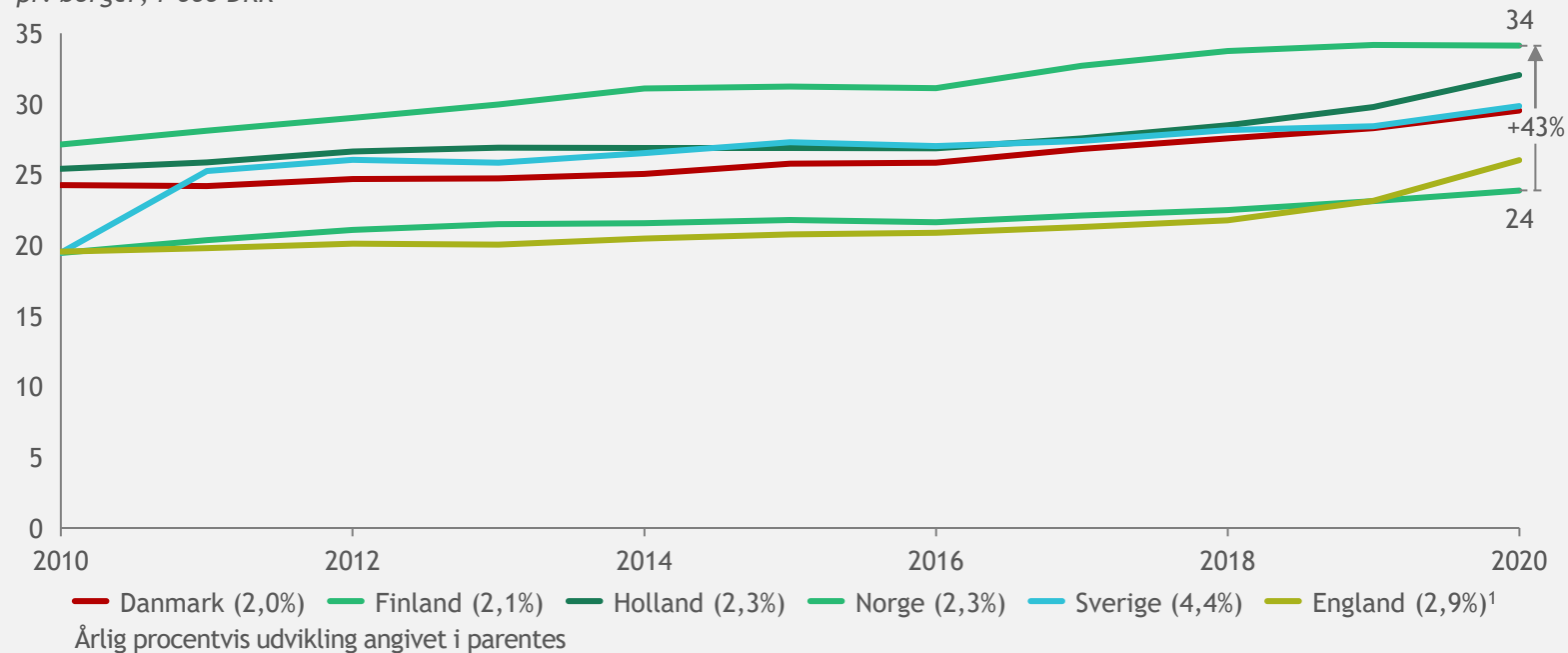
Sundhedsudgifter pr. borger | Sundhedsudgifterne i de seks lande er steget kontinuerligt siden 2010

Store forskelle i udgifter og en stigende tendens

I grafen til højre fremgår udviklingen i sundhedsudgifter pr. borger, og der ses her store forskelle mellem landene: Fra ~ 24.000 DKK pr. borger i Finland til ~34.000 DKK pr. borger i Norge, hvilket svarer til en forskel på 43 pct.

For alle lande ses en svag stigning i 2020, som kan have forbindelse til covid-19. Udgifterne kan potentielt forblive høje som følge af et efterslæb ift. behandling af patienter og gæld.

Figur 3.2: Udviklingen i sundhedsudgifter¹, 2010-2020 pr. borger, i '000 DKK



Anvendte OECD variable: i. "Current expenditures on health (all functions), All providers"; Alle tal er PPP justeret og omregnet med valutakurs 1 EUR = 7,45 DKK.
Bemærk: Totale sundhedsudgifter inkluderer alle udgifter relateret til levering af sundhedsydelser (fx indlæggelser, tandpleje og rehabilitering) og -varer (fx håndkøbs- og receptlig medicin, briller, proteser og høreapparater).
Note: 1. Tal for Storbritannien brugt som proxy for England.

Kvalitet i sundhedsvæsenet | Generelt høj sundhedskvalitet, men også høje udgifter

Forholdsvis ens kvalitetsniveau på tværs af lande

De udvalgte lande ligger forholdsvis tæt ift. kvalitet i sundhedsvæsenet (World Health Care Index, se forklaring i boksen nedenfor). England ligger lavest med 78,3, mens de nordiske lande og Holland ligger mellem 81 og 83 (Danmark på 81,1).

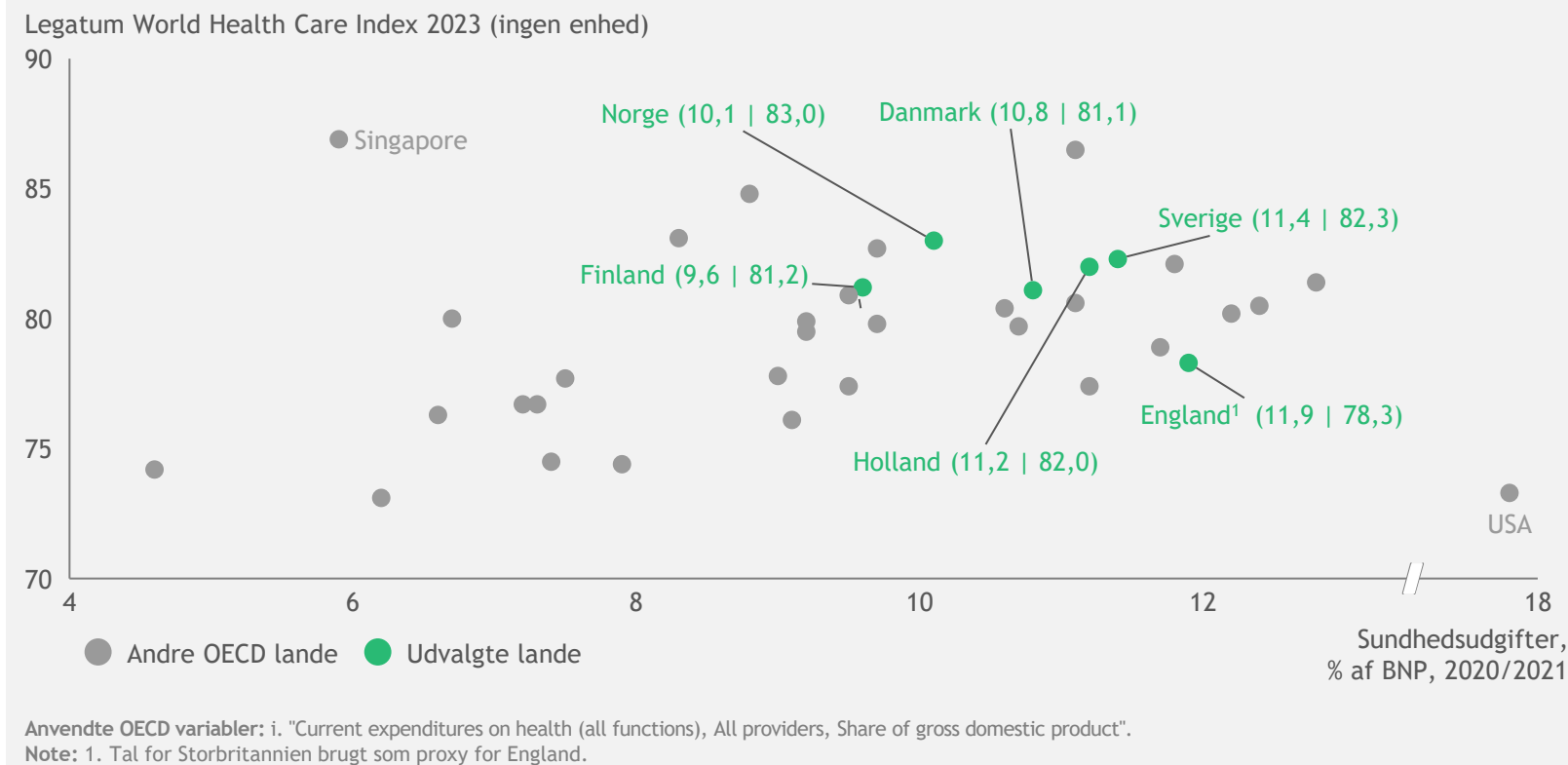
Ingen sammenhæng mellem kvalitet og udgifter

Der er samtidig en stor spredning ift. sundhedsudgifter som pct. af BNP (9,6-11,9 pct.), og der ses ikke en direkte sammenhæng mellem sundhedsudgifter som andel af BNP og sundhedskvaliteten. England har således det dyreste sundhedsvæsen og lavere kvalitet sammenlignet med de øvrige lande. Ser man i stedet på tværs af alle OECD lande, er der en svag sammenhæng mellem sundhedskvalitet og udgifter.

World Health Care Index

Legatum World Health Care Index måler landes sundhedsvæsen og befolknings sundhed ved at tage udgangspunkt i parametre som adgang til sundhedstjenester, fysisk og mentalt helbred, geografisk dækning af sundhedsydelser, præventive tiltag, mv. Data indsamles af Gallup, WHO, Amnesty International og andre globale organisationer. Indexet udgives af Legatum Institute, en tænketank baseret i London.

Figur 3.3: Sammenligning af sundhedssystemers kvalitet målt vha. World Health Care index og sundhedsudgifter som andel af BNP





Notatets indholdsfortegnelse

1. Ledelsesresumé	2
2. Rapportens opdrag, formål, tilgang og grundlag	5
3. Introduktion til de udvalgte lande	7
> 4. Forvaltningsstrukturer og opgavefordeling	12
5. Ressourcer og aktiviteter i sundhedsvæsenet	31
6. Større reformer og tiltag	44
Appendiks	51
A. Større reformer og tiltag	52
B. Litteraturliste	58

Kapitel 4

Forvaltnings- strukturer og opgavefordeling

Dette kapitel præsenterer en analyse af de overordnede forvaltningsstrukturer på tværs af de fem udvalgte lande og Danmark, herunder forvaltningsled, styreform, opgave og ansvarsfordeling, finansiering samt tværsektorielle organiseringer.

Kapitlets analyse giver anledning til følgende overordnede observationer:

1

Forvaltningsstrukturer | Danmark, Norge og Sverige har flere forvaltningsled i sundhedsvæsenet end de øvrige lande, hvilket potentielt kan udfordre sammenhæng og produktivitet. Flere lande - England og Finland - har gennem reformer forenklet strukturerne mhp. at sikre sammenhæng, effektivitet og lige adgang. De øvrige lande har i vidt omfang samlet sundhed og social i samme ressource mhp. at sikre sammenhæng på tværs.

2

Finansiering | Sundhedsvæsenet er hovedsageligt offentligt finansieret i alle lande. Der er typisk rammebudgetter/basishonorar og en aktivitetsbaseret honorering af hospitaler og almen praksis. Der ses også resultatbaserede elementer, bl.a. knyttet op til udviklingen på kronikerområdet, som potentielt kan fremme samarbejde på tværs. De øvrige lande har i højere grad brugerbetaling for primære sundhedsydelser, hvilket kan regulere efterspørgsel men også øge ulighed i sundhed.

3

Tværsektorielle samarbejder | Flere lande har i organiseringen af sundhedsvæsenet særligt fokus på at styrke det tværsektorielle samarbejde og sikre effektive og sammenhængende forløb for patienterne. Der er også flere eksempler på, at der gennem lokale sundhedscentre skabes lettere adgang til både almen praksis og andre sundhedsprofessionelle. Herigennem sikres der tværsektorielt samarbejde, lettere adgang til den rette primære sundhedsindsats og "gate keepers" ift. de sekundære sundhedsydelser.

Kapitel 4 | Analyse af den overordnede organisering af sundhedsvæsenet i hvert af de fem udvalgte lande og Danmark

Introduktion til kapitlet

Forvaltningsstrukturen udgør den overordnede organisering af sundhedsvæsenet. Forskelle i strukturerne på tværs af lande samt konsekvenserne heraf for sundhedsvæsenets aktivitet, resultater og udgifter er naturligvis centralt for Sundhedsstrukturkommissionen.

Dette kapitel præsenterer således en analyse af overordnede forvaltningsstrukturer på tværs af de fem udvalgte lande og Danmark, herunder forvaltningsled, styreform, opgave og ansvarsfordeling, finansiering samt tværsektorielle organiseringer.

Med henblik på at skabe overblik præsenterer vi først organiseringen af sundhedsvæsenet samt opgave- og ansvarsfordelingen i hvert af de fem lande og Danmark. Ved at fokusere på hhv. nationalt, regionalt og lokalt niveau skabes grundlag for sammenligninger på tværs.

Herefter kortlægger vi finansieringen af sundhedsvæsenet, herunder både den overordnede finansiering og konkrete modeller for tildeling af midler til både primære og sekundære sundhedsydelse.

For at give et mere nuanceret billede af opgaveløsningen og ansvarsfordelingen, indgår der *deep dives* på udvalgte områder - konkret belyser vi her psykiatrien, almen praksis samt data- og digitalisering på sundhedsområdet med fokus på særligt interessante perspektiver fra de udvalgte lande.

Endelig indgår en analyse af tværsektorielle organiseringer på tværs af lande, dvs. organiseringer hvor enheder eller aktører samarbejder på tværs af sektorer ift. planlægning og levering af sundhedsydelser.

Forvaltningsled og styreformer

På de efterfølgende sider fremgår en præsentation af den overordnede struktur for sundhedsvæsenet i hvert af de fem lande og Danmark. Vi har her fokus på både de primære og sekundære sundhedsydelser og ser nærmere på organiseringen på tværs af forvaltningsniveauer. Det giver anledning til flere betragtninger:

De mindste lande har flere forvaltningsled

Danmark, Sverige og Norge har alle tre forvaltningsled i sundhedsvæsenet, hvor staten har det overordnede ansvar, mens regionerne varetager de sekundære sundhedsydelser, og kommunerne fortrinsvis varetager de primære sundhedsydelser. Hermed sikres nærhed i leveringen af de primære sundhedsydelser, men det skaber dog også større behov for koordination på tværs. Samtidig kan kompleksiteten og de mindre enheder også begrænse produktiviteten. Det skal nævnes, at det hollandske sundhedsvæsen også omfatter tre forvaltningsniveauer, men det adskiller sig dog på flere måder fra de øvrige ved i højere grad at være forsikringsbaseret og privat.

Borgernære ydelser, forebyggelse og lighed i sundhed

I modsætning hertil har både England og Finland i nylige reformer forenklet strukturerne i sundhedsvæsenet med fokus på at sikre borgernære ydelser, styrke forebyggelse og modvirke ulighed i sundhed. Hvor dette i England er sket gennem en omfattende decentralisering og samling af aktører i (forholdsvis store) lokale enheder (ICS), er der i Finland sket en centralisering af sundhedsydelser på det regionale niveau. Det engelske system har dog på trods af en mere enkel forvaltningsstruktur, en forholdsvis kompleks organisering. Det er en gennemgående tendens, at hovedparten af de udvalgte lande i lighed med Danmark, har fokus på at styrke de lokale tilbud, fremme forebyggelse og modvirke ulighed i sundhed.

Kobling mellem social- og sundhedsområderne

I Danmark har vi over tid søgt at skabe sammenhæng mellem ældreområdet og sundhedsområdet ved at samle disse i ét ministerium - aktuelt er dette ikke tilfældet. Alle de øvrige lande har samlet hele social- og sundhedsområderne under ét ressortministerium og har hermed bedre grundlag for at styrke sammenhængen på tværs af områderne. I fx England har dette netop været hensigten med resortændringer på området.

i Begrebsafklaring: primær og sekundær

På tværs af lande ses der stor variation i afgrænsningen af hhv. det primære og sekundære sundhedsvæsen. For at sikre mulighed for sammenligning tager vi her udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens definition:

Det primære sundhedsvæsen omfatter:

- Almen praksis
- Privatpraktiserende sundhedsprofessionelle, inkl. speciallæger, tandlæger, psykologhjælp mv.
- Udgående funktioner fra sygehuse, fx udredning, undersøgelser og behandlinger
- Det specialiserede voksenområde (handicap og socialpsykiatri)
- Ældrepleje
- Øvrige primære sundhedsydelser


Det sekundære sundhedsvæsen omfatter:

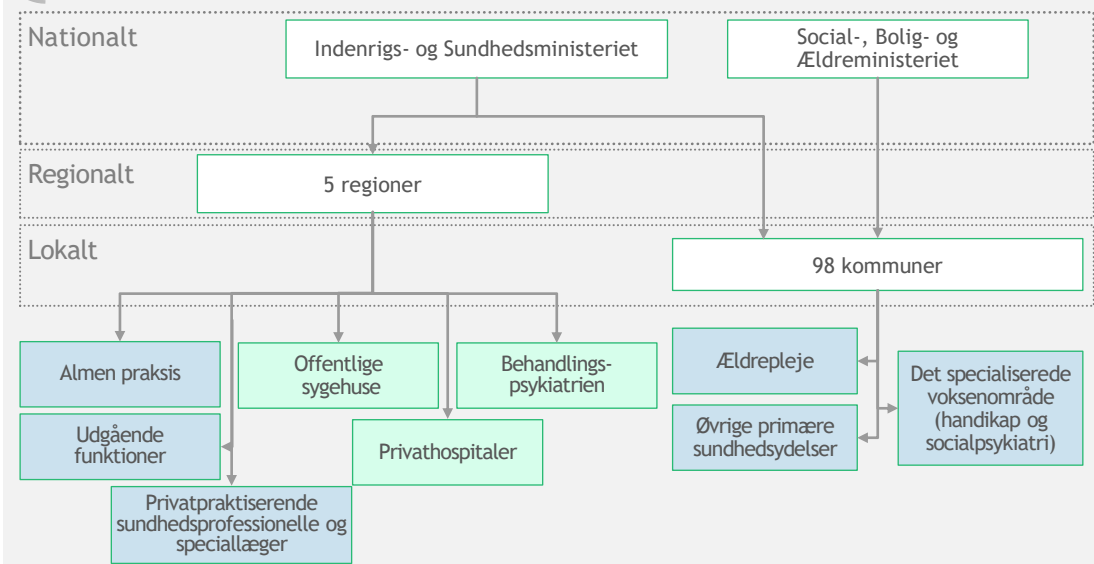
- Offentlige sygehuse
- Privathospitaler
- Behandlingspsykiatrien

Forvaltningsstrukturer | Danmark og Norge har sammenlignelige strukturer med enkelte forskelle

Forenklede illustrationer

Figur 4.1: Det danske sundhedsvæsen

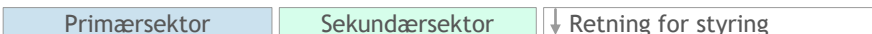
 Danmark har tre forvaltningsled; det regionale niveau har ansvar for både sekundære og en række primære sundhedsydelser



Nationalt: Indenrigs- og Sundhedsministeriet er ansvarlig for mål, regulering og kontrol af sundhedsområdet. Social-, Bolig- og Ældreministeriet har det overordnede ansvar for socialområdet og ældreområdet.

Regionalt: Regionerne er ansvarlige for sekundærsektor og enkelte primære sundhedsydelser, herunder: Almen praksis, udgående funktioner samt ydelser leveret af privatpraktiserende sundhedsprofessionelle og speciallæger. Regionerne samarbejder med privathospitaler igennem udlicitering af ydelser for at øge kapaciteten.

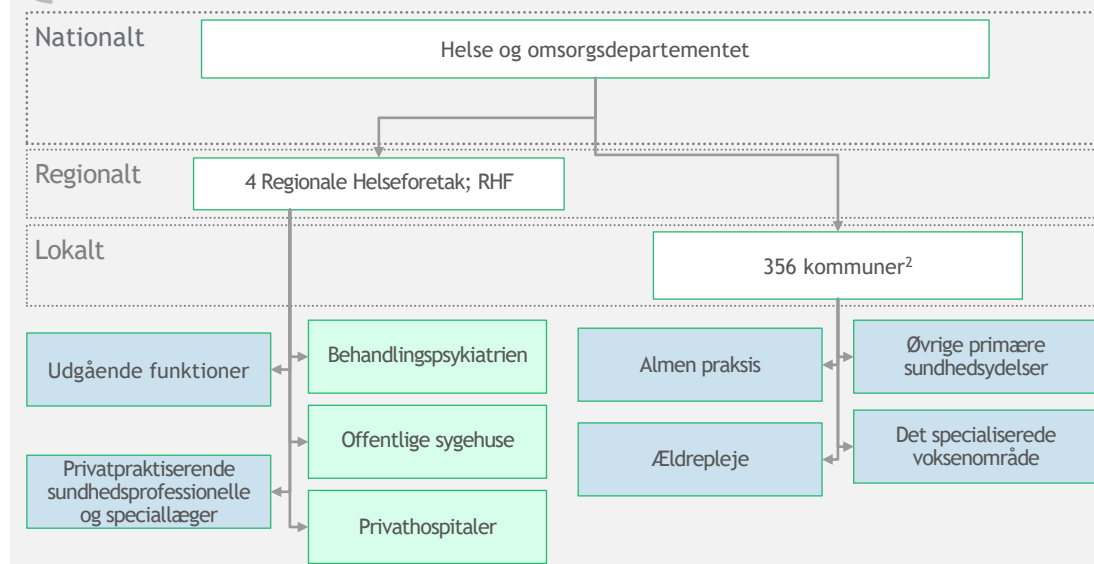
Lokalt: Kommunerne varetager de primære sundhedsydelser, herunder ældrepleje og det specialiserede voksenområde, rehabilitering, sundhedsfremme m.m. Døgntilbud leveres både af regionale, kommunale og private leverandører.



Noter: Privatpraktiserende sundhedsprofessionelle og speciallæger dækker over en bred vifte af sundhedsprofessionelle. Kilder: International Health Care System Profiles - Denmark (2020), The Commonwealth Fund; International Health Care System Profiles - Norway (2020), The Commonwealth Fund; Denmark: health system review (2012), European Observatory on Health Systems and Policies; Norway: health system review (2020), European Observatory on Health Systems and Policies; Indenrigs- og Sundhedsministeriet hjemmeside; Danske Regioner hjemmeside; Sperre Saunes, Ingrid, Anna Sagan, and Marina Karanikolos. "Norway's Healthcare Communities are set up to build bridges between hospitals and primary care" (2020), Eurohealth; BCG analyse

Figur 4.2: Det norske sundhedsvæsen

 Norge har ligeledes tre forvaltningsled, men modsat Danmark har kommunerne ansvar for almen praksis



Nationalt: Helse og omsorgsdepartementet er ansvarlig for mål, regulering og kontrol af sundhedsområdet. Staten er også ansvarlig for sekundære sundhedsydelser, som er organiseret i fire regionale helseforetak (RHF'er).

Regionalt: RHF'er driver hospitaler og andre sekundære sundhedsydelser, der er organiseret som lokale "helseforetak" (health trusts). Disse helseforetak er uafhængige enheder, som består af en eller flere hospitaler med fælles administration og drift. Privatpraktiserende speciallæger kan indgå i kontrakter med RHF'er, som derfor også leverer nogle primære sundhedsydelser.

Lokalt: Kommuner er ansvarlige for de fleste primære sundhedsydelser herunder den almene praksis, ældrepleje og det specialiserede voksenområde.

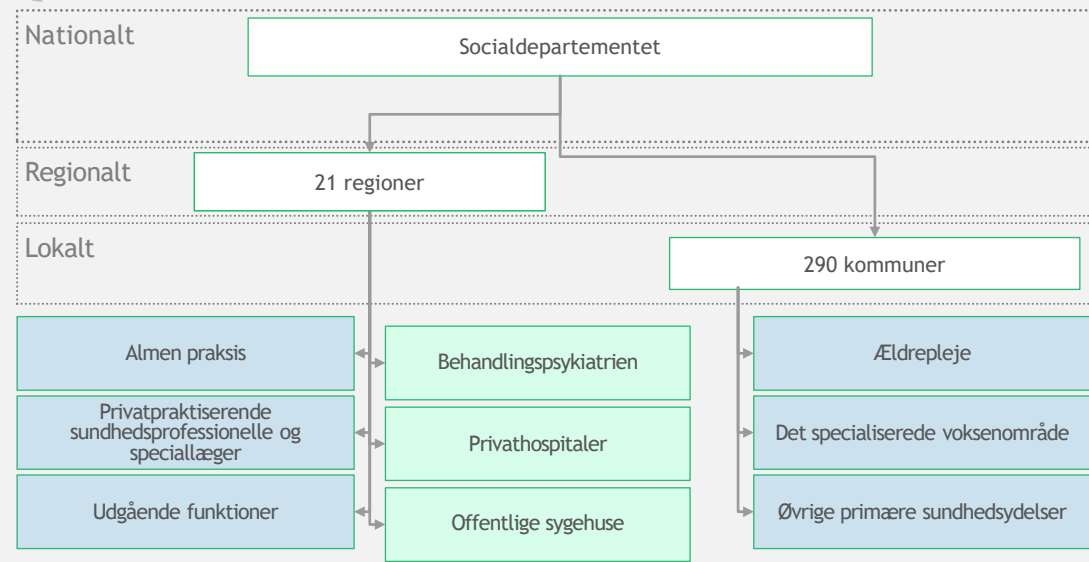
Forvaltningsstrukturer | Sverige minder om Danmark, mens Finland for nylig har samlet sundhedsopgaverne på regionalt niveau

Forenklede illustrationer

Figur 4.3: Det svenske sundhedsvæsen



Sverige har tre forvaltningsled og minder om Danmark i fordelingen af opgaver og ansvar på tværs



Nationalt: Socialdepartementet er ansvarlig for mål, regulering og kontrol med sundhedsområdet.

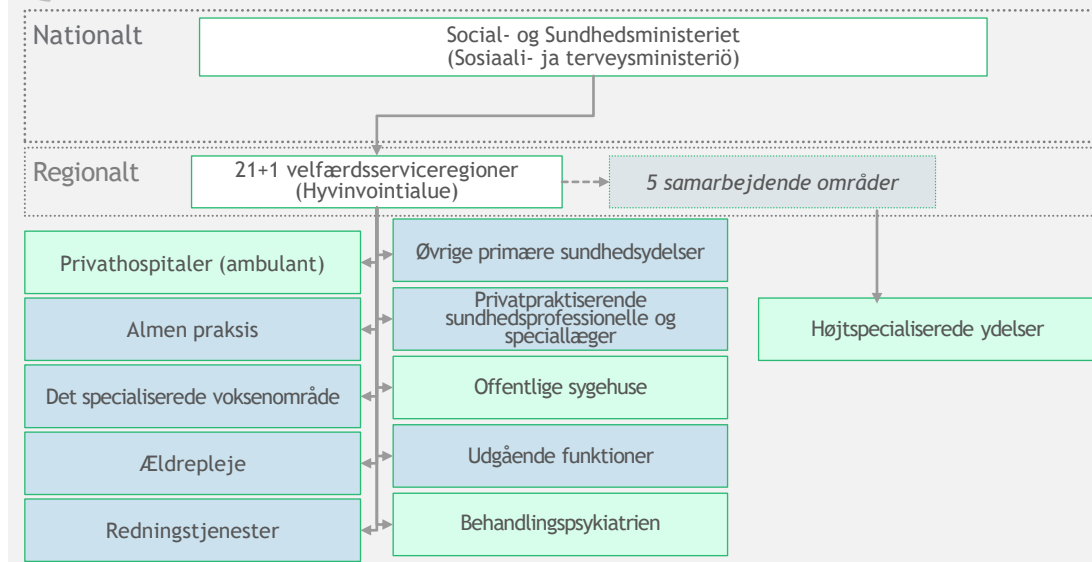
Regionalt: 21 regioner er ansvarlige for både primære og sekundære sundhedsydelse, herunder bl.a. almen praksis, offentlige sygehuse og behandlingspsykiatrien. Ydelse bliver enten udført af offentlige eller private leverandører.

Lokalt: 290 kommuner er ansvarlige for flere primære sundhedsydelse, herunder ældrepleje, det specialiserede voksenområde og øvrige primære sundhedsydelse, fx rehabilitering efter hospitalsindlæggelse.

Figur 4.4: Det finske sundhedsvæsen



Finland har to forvaltningsled og har for nyligt samlet opgaverne på regionalt niveau



Nationalt: Social- og Sundhedsministeriet er ansvarlig for mål, regulering og kontrol med sundhedsområdet, herunder velfærdsservicerregionerne ("wellbeing services counties").

Regionalt: 21+1 velfærdsservicerregioner er selvstyrende og varetager både primære og sekundære sundhedsydelse i deres givne områder, herunder hospitaler, almen praksis og øvrige primære sundhedsydelse som fx misbrugsbehandling. Regionerne er organiseret i fem samarbejdende områder, der koordinerer højtspecialiserede ydelse i området. Der er en særlig ordning for højtspecialiserede ydelse i Uusimaa regionen, hvor HUS (universitetshospital) er ejet af fire regioner og Helsinki. Den offentlige sektor er den primære leverandør af ydelse, men suppleres med ydelse fra private aktører.


Primærsektor Sekundærsektor ↓ Retning for styring

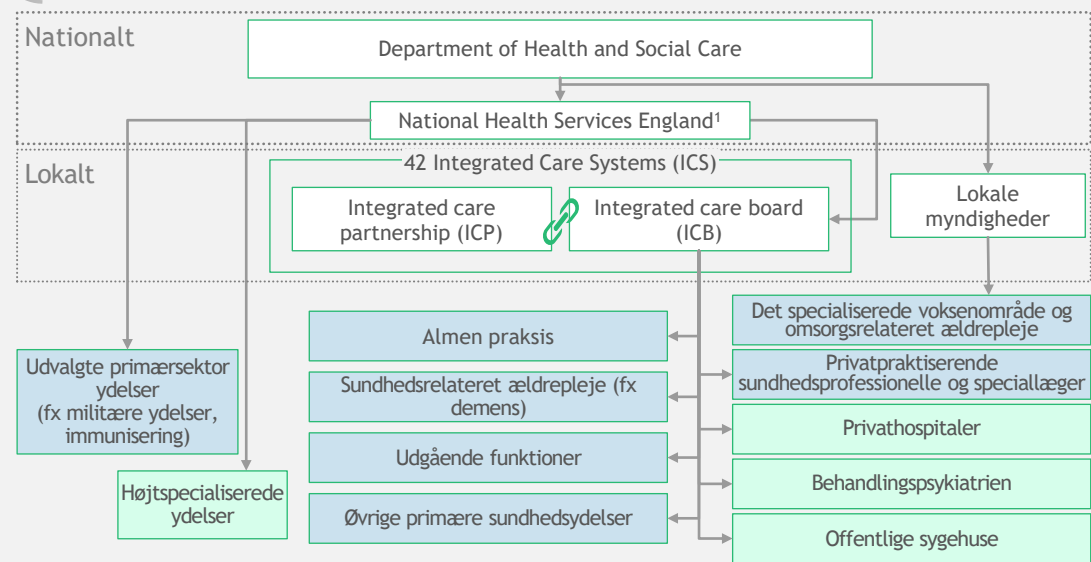
Noter: 1. +1 repræsenterer Helsinki by, som er ansvarlig for at organisere sundheds- og social ydelse indenfor dets eget område. Kilder: International Health Care System Profiles - Sweden (2020), The Commonwealth Fund; Sveriges Kommuner och Regioner hjemmeside; Finland: Country Health Profile (2021), OECD; Sote-uudistus: Health and social services reform hjemmeside; Finland: health system review (2019), European Observatory on Health Systems and Policies; BCG analyse

Forvaltningsstrukturer | England har etableret en decentral struktur, mens Holland har en større grad af forsikringsordning i sundhedsvæsenet

Forenklede illustrationer

Figur 4.5: Det engelske sundhedsvæsen


 England har to forvaltningsled og har samlet de fleste primære og sekundære sundhedsydelser i decentrale enheder med finansierings- og forsyningsansvar

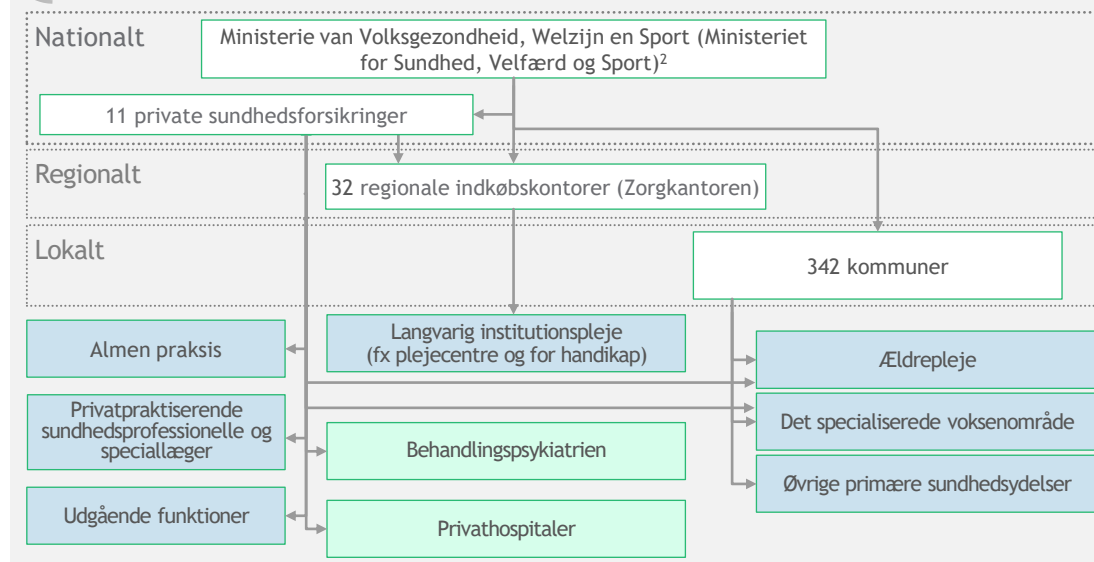


Nationalt: Department of Health and Social Care er ansvarlig for mål, regulering og den overordnede kontrol med sundhedsområdet. NHS England er ansvarlig for kvalitet og drift af ICS'ere samt planlægning af udvalgte primære sundhedsydelser til fx militæret og derudover højtspecialiserede sundhedsydelser.

Lokalt: ICS'er planlægger og sikrer levering af sundhedsydelser i et geografisk område (se case side 19). De består af to organer, de står til ansvar over for NHS England: 1) ICB planlægger sundhedsydelser og allokere NHS-budgettet. 2) ICP samler aktører til udvikling af en integreret, lokal strategi, som ICB'er skal tage hensyn til i planlægning. ICB står også for øvrige primære sundhedsydelser fx for psykisk sundhed. Ansvar for bl.a. botilbud og sociale indsatser ligger hos lokale myndigheder.

Figur 4.6: Det hollandske sundhedsvæsen

 Holland har tre forvaltningsled hvori private forsikringselskaber varetager de fleste sundhedsydelser



Nationalt: Ministeriet er ansvarlig for mål, regulering og kontrol med sundhedsområdet. Konkurrerende forsikringselskaber, som er reguleret af staten, er ansvarlige for at tilbyde sundhedsydelser til alle borgere. Ydelser leveres af private leverandører.

Regionalt: Hver region har et indkøbskontor, der administreres af den største sundhedsforsikring i regionen. Kontorerne varetager døgntilbud, fx plejecentre og botilbud til personer med svære fysiske/mentale handicap.

Lokalt: Kommunerne er ansvarlige for øvrige tilbud på det specialiserede voksenområde samt organisering af praktisk hjælp (fx rengøring). Kommunerne er også ansvarlige for øvrige primære sundhedsydelser, fx forebyggende indsatser. Hjemmesygepleje og personlig pleje varetages af forsikringselskaberne.

Primærsektor Sekundærsektor ↓ Retning for styring

Noter: I England er offentlige udbydere af sekundære sundhedsydelser, herunder fx hospitaler, organiseret som "NHS trusts". 1. Opdelt i 7 regionale teams, som fungerer som lokale NHS England kontorer og er ansvarlige for effektivitet og kvalitet af NHS org. i deres region, og understøtter udvikling af ICS'ere. 2. Social- og Beskæftigelsesministeriet (Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid) er ansvarlig for sociale ordninger der dækker fx dagpenge ved sygdom eller invaliditet. Kilder: International Health Care System Profiles - England (2020), The Commonwealth Fund; International Health Care System Profiles - Netherlands (2020), The Commonwealth Fund; Delegation of NHS England's direct commissioning functions to integrated care boards (2020), NHS England; NHS England hjemmeside; Integrated Care Systems Explained: Making Sense of Systems, Places and Neighborhoods (2022), The King's Fund; UK: health system review (2022), European Observatory on Health Systems and Policies; Introductory guide to NHS finance (2023), HFMA; Ministry of Health, Welfare and Sport hjemmeside; Barber, Sarah L., et al., "Pricing long-term care for older persons." (2021), WHO; Zorgverzekeraars Nederland hjemmeside; BCG analyse

Forvaltningsled og styreformer (fortsat)

Det regionale niveau har forskellig karakter

I både Finland og Norge er der etableret særlige administrative enheder på regionalt niveau, som skal varetage de sekundære sundhedsydelse (og i Finland også de primære sundhedsydelse). Det indebærer bl.a., at det ikke er regionerne (Fylkerne i Norge) med folkevalgte politikere, som har ansvaret for sundhedsopgaverne.

Primære sundhedsydelse varetages tæt på borgerne

Ikke overraskende varetages de primære sundhedsydelse, fx ældrepleje, sygepleje og tilbud til borgere med fysiske og/eller psykiske funktionsnedsættelse tættest på borgerne på tværs af alle de analyserede lande. Der er dog enkelte undtagelse, fx varetages døgntilbud til ældre og voksne ikke på lokalt niveau i Holland men af særlige enheder i hver region, der står for indkøb af døgntilbud.

Almen praksis ligger typisk i regionerne, men der er undtagelse, ligesom finansieringen varierer

I både Sverige og Finland ligger ansvaret for almen praksis på det regionale niveau, og der er her etableret sundhedshuse med både læger, sygeplejersker og terapeuter. I Norge har almen praksis siden 1980'erne været forankret i kommunerne mhp. at styrke den lokale forankring.

Der er samtidig forskel på, hvordan almen praksis finansieres. I de øvrige nordiske lande er der i højere grad brugerbetaling, og der er i både Holland og England elementer i honoreringen, som er resultatbaseret, fx knyttet til udvikling hos patienter med kroniske sygdomme. Dette udfoldes yderligere i deep-dive på side 27.

Flere lande har strukturer, der understøtter sammenhæng i psykiatrien

Mens vi i Danmark traditionelt har haft udfordringer med at sikre sammenhæng i indsatsen til borgere med psykiske udfordringer, har flere af de øvrige lande strukturer, der understøtter koordination og sammenhæng.

Både England og Finland har integrerede enheder der, ligesom de norske Helsefællesskaber, samler primær- og sekundærsektor mhp. at understøtte sammenhængende forløb i psykiatrien. Dette udfoldes yderligere i deep dive på side 26.

På de efterfølgende sider præsenteres tre cases, som på forskellige måder illustrerer konkrete løsninger med interessant læring. Nedenfor fremgår hovedbudskaber fra de tre cases.

Lokal ICS-organisering i England skal sikre sammenhæng og prioritering

Kernen i ICS er, at mandatet for ressourcefordeling og udvikling af den lokale strategi for sundhedsvæsenet uddelegeres til lokale systemer. Dette giver potentielt mulighed for at opnå bedre adgang, kvalitet og mere integrerede ydelse. Modellen er forholdsvis ny, men der ses allerede positive indikationer, jf. casebeskrivelse på næste side.

Sygehusreform i Norge betød et fald i produktivitet

Sygehusreformen i Norge indebar, at ansvaret for hospitalerne blev overført fra amterne til statsligt styrede regionale helseforetak mhp. at øge effektivitet og sikre lige adgang. Evalueringer viser dog blandede erfaringer, og herunder at produktiviteten på hospitalerne faldt. Udfoldes i casebeskrivelsen side 20.

Velfærdsserviceregioner i Finland kan bidrage til at sikre sammenhæng

Hensigten med de nye velfærdsserviceregioner er bl.a. at styrke adgang til ydelse og stoppe udgiftsvækst. De større enheder giver potentielt en mere ensartet allokering og stordriftsfordele. Det er dog for tidligt at konkludere på effekterne, jf. case side 20.



Kontekst:

ICS'er er geografiske partnerskaber, der samler NHS organisationer ("trusts"), lokale myndigheder og andre systempartnere, fx almen praksis, leverandører af sociale indsatser og frivillige/velgørenhedsorganisationer¹, mhp. at tage et kollektivt ansvar for sundhedsydelser i lokalområdet. Kernen i Integrated Care Systems (ICS'er) er, at ressourcefordeling og udvikling af den lokale strategi for sundhedsvæsenet uddelegeres til lokale systemer. ICS'er har fire hovedformål: 1) Forbedre befolkningssundhed, 2) Imødegå uligheder i behandlingsresultater, patientoplevelse og adgang, 3) Øge produktivitet og værdi for pengene, og 4) Støtte NHS i en bredere socioøkonomisk udvikling. ICS'er har eksisteret som frivillige partnerskaber i flere år men er som følge af "Health and Care Act" i 2022 blevet formaliseret som juridiske enheder med lovbestemte beføjelser pr. 1 juli 2022.

Beskrivelse:

Aktuelt er der 42 ICS'er i England, som er ansvarlige for at planlægge og sikre levering af størstedelen af både de primære og sekundære sundhedsydelser til et geografisk område med mellem 500.000 og 3,5 mio. borgere. Hensigten er at samle både indkøbere ("commissioners") og leverandører af sundhedsydelser mhp. at kunne prioritere og planlægge sundhedsydelserne ift. de lokale behov. Ligeledes er det hensigten, at der skal sikres bedre integration af sundhedsydelser og sociale indsatser, ved at de lokale myndigheder, som er ansvarlige for det specialiserede voksenområde ("social care" i England), er repræsenteret i ICS'erne. ICS'er består af to organer:

- **Integrated Care Board (ICB):** er ansvarlig for at planlægge og finansiere sundhedsydelser målrettet befolkningen i ICS-området. ICB'er modtager finansiering fra NHS England² baseret på befolkningsstørrelsen i ICB-området. ICB'er indkøber ydelser fra sundhedsudbydere og står til ansvar over for NHS England ift. forbrug og resultater i området. Som minimum består en ICB af en forperson, en direktør og mindst tre medlemmer fra 1) NHS trusts (driver bl.a. hospitaler), 2) Lokale myndigheder, og 3) Almen praksis i ICS-området. En af medlemmerne skal være ekspert i mental sundhed. De tre repræsentanter nomineres af deres respektive organisation (fx den lokale myndighed), mens ICB'ens formand er udpeget af NHS England. ICB'er kan selv tage beslutning om yderligere medlemmer. Hver ICB skal etablere en femårsplan, hvori de gør rede for, hvordan de vil imødekomme lokalbefolkningens behov for sundhedsydelser. I planlægningen skal ICB'erne også tage højde for nationale prioriteter for det samlede nationale NHS-system. ICB'ers samlede plan skal udmønte den strategi, der fastlægges af ICS'ens "Integrated Care Partnership" (se nedenfor).
- **Integrated Care Partnership (ICP):** er en komité, som er ansvarlig for at udvikle en integreret strategi for sundheds- og sociale indsatser i ICS-området. Strategien skal angive, hvordan sundheds- og sociale behov i lokalområdet vil blive mødt af ICB, de lokale myndigheder og NHS England. En ICP skal bestå af et medlem udpeget af ICB'en og et medlem udpeget af hver af de relevante lokale myndigheder. ICP'er kan selv styre, hvordan parterne samarbejder, og hvorvidt der skal indgå øvrige medlemmer. I udviklingen af den lokale strategi skal de dog involvere lokalsamfundet og Healthwatch, en uafhængig organisation der giver en stemme til brugere af sundhedsydelser. Øvrige medlemmer vil typisk inkludere repræsentanter fra frivillige/velgørenhedsorganisationer, plejeudbydere, lokalbefolkningen, uddannelsessektor og den lokale Healthwatch.

ICS'er opererer på tre geografiske niveauer: "system", "place" og "neighbourhood". "System" repræsenterer det højeste niveau, der dækker over hele ICS området og består af ICB og ICP. "Places" er lokale ICS teams, der varetager planlægning og levering af ydelser til et mindre område med op til 500.000 borgere. De lokale teams modtager et budget fra ICB'erne. Hvilket mandat "places" har varierer på tværs af ICS'er. "Neighbourhoods" omfatter typisk op til 50.000 personer. Heri indgår "Primary Care Networks", der består af en gruppe alment praktiserende læger, der samarbejder med sundhedspersoner fra områder som mental sundhed, sociale indsatser, befolkningssundhed, farmaci og øvrige lokale ydelser (se case side 42). Der er ingen formelle retningslinjer for, hvordan disse "Neighbourhoods" skal operere, men NHS England forventer, at der på dette plan er en integration af tværfaglige teams i frontlinjen mhp. at styrke integrationen i primærsektor.

Resultater og læring:

ICS'erne er forholdsvis nyetablerede, og det er derfor for tidligt at konkludere på resultaterne, som først forventes at være fuldt realiserede om 3-10 år. ICS'erne anses dog som et positivt initiativ ift. at opnå et integreret sundhedsvæsen. Fx angav 76 pct. af senior ICS-medarbejdere i et survey, at de er positive ift. overgangen til ICS³. Derudover beskriver et nyligt review², at ICB'ers fulde varetagelse af primærsektor muliggør bedre adgang, kvalitet og mere integrerede ydelser. Endelig er der lokale eksempler på ICS'ers potentiale: Dorset ICS har fx halveret antallet af akutte indlæggelser blandt ældre ved at integrere teams af sundhedsprofessionelle i den primære pleje.



Case | Norges sygehusreform (2002)

Restrukturering af sundhedsvæsenet fra to led (nationalt og lokalt) til tre led (regionalt, nationalt og lokalt)

Kontekst:

I januar 2002 blev Norges "hospitalsreform" implementeret, hvori ansvaret for hospitaler blev overført fra amterne til fem (nu fire) regionale helseforetak (RHF). Formålet var at skabe grundlag for en statslig styring af specialiserede ydelser (sekundærsektor), øge effektivitet blandt hospitaler samt sikre lige adgang til sundhedstilbud.

Beskrivelse:

Sygehusreformen bestod af to hovedelementer: **1)** Staten overtog både ejerskab og ansvar for sygehuse og andre virksomheder, der leverer specialiserede ydelser. Inden reformen havde staten begrænset kontrol over drift og strategisk planlægning. Med reformen blev ansvar, finansiering og ejerskab samlet. **2)** Statens ejerskab for specialiserede ydelser blev opdelt i "regionale helseforetak" (RHF'er), som skal sikre borgernes adgang til både sekundære og tertiære ydelser. Under de fire RHF'er er hospitaler og andre specialiserede ydelser organiseret som lokale "helseforetak", der består af et eller flere sygehuse. RHF'er forvalter ejeransvar for disse helseforetak på vegne af staten, men helseforetakene ledes af en bestyrelse og en daglig leder, som er ansvarlig for alle aktiviteter. Dette gav sygehusene øget fleksibilitet og mere autonomi end tidligere ift. planlægning og organisering af ressourcer.

Resultater og læring:

Reformen har betydet en centralisering af ejerskabet for hospitaler og en decentralisering af driften. Et studie¹ har vist, at den gennemsnitlige ventetid for elektive patienter faldt med ca. 20 dage for fire ud af fem RHF'er efter reformen. Dog er der samtidig indikationer på, at reformen ikke har haft en positiv effekt på prioritering af patienter. Desuden er der eksempler på, at reformen ikke har medført øget produktivitet eller forbedret samarbejde, fx fandt en måling af lægernes produktivitet (patientbehandlinger pr. FTE) en nedgang i produktivitet mellem 2001 og 2013², mens et andet studie viser, at reformen ikke har haft en betydelig effekt på samarbejdet mellem sygehuse og kommuner¹.



Case | Finlands "Sote-uudistus" reform (2023)

Velfærdsserviceregioner kan bidrage til at sikre lige adgang

Kontekst:

Med Sote-uudistus reformen blev sundhedsvæsenet i Finland restruktureret pr. 1 januar 2023. Ansvaret for organisering af offentlige sundhedsydelser samt sociale tilbud og ydelser, herunder redningstjenester, blev herefter overført fra kommunerne til større velfærdsservice-regioner (Hyvinvointialueet). Formålet var at reducere ulighed i sundhedsvæsenet, forbedre adgang til ydelser (særligt primære) og undgå yderligere udgiftsstigninger.

Beskrivelse:

Det finske sundhedsvæsen har historisk set været præget af en fragmenteret struktur, hvor over 300 kommuner har været ansvarlige for organisering af primærsektorydelser og specialiseret behandling. De typisk små kommuner har dog haft begrænset kapacitet, hvilket har ført til stigende ulighed og manglende koordinering.

Reformen har medført etablering af 21+1 velfærdsserviceregioner. "+1" repræsenterer Helsinki, som er ansvarlig for sundhedsydelser i hovedstaden. De nye regioner er ansvarlige for organisering af alle offentlige sundhedsydelser i primær- og sekundærsektor, herunder hospitaler, pleje og redningstjenester. Hver region tilhører et af fem "samarbejdende områder" som hver har ét universitetshospital. Områderne er ikke juridiske enheder, men et samarbejde hvori regionerne i området koordinerer højt specialiserede ydelser. Kommunerne er fortsat ansvarlige for enkelte ydelser relateret til befolknings sundhed, fx sundhedsfremme.

Velfærdsserviceregioner er selvstyrende, lokale myndigheder og har hver et valgt råd, som er ansvarlig for regionens aktiviteter og økonomi. Den centrale regering fastsætter den overordnede strategiske retning og finansiering til regionerne, men regionerne fastsætter selv, hvordan budgetterne fordeles.

Resultater og læring:

Reformen er først implementeret i 2023, og det er derfor for tidligt at konkludere på resultaterne. Det forventes, at den nye struktur vil give mere sammenhængende indsats, og at de større enheder kan give en mere ensartet allokering af ressourcer. Der har dog allerede været drøftelser om, hvorvidt de nye velfærdsserviceregioner er for små ift. at have kritisk masse og robusthed.

Noter: 1. Som præsenteret i Resultatevaluering av sykehusreformen (2007); 2. Som præsenteret i "Assessing physician productivity following Norwegian hospital reform: A panel and data envelopment analysis." (2017). Kilder: Resultatevaluering av sykehusreformen (2007), Norges Forskningsråd; Johannessen, Karl Arne, Sverre AC Kittelsen, and Terje P. Hagen. "Assessing physician productivity following Norwegian hospital reform: A panel and data envelopment analysis." (2017), Social Science & Medicine; Norway: health system review (2020), European Observatory on Health Systems and Policies; Hagen, Terje P., and Oddvar M. Kaarbøe. "The Norwegian hospital reform of 2002: central government takes over ownership of public hospitals." (2006), Health policy; Norges Regering hjemmeside; Sote-uudistus: Health and social services reform hjemmeside; Finland: health system review (2019), European Observatory on Health Systems and Policies; Ministry of Finance Finland: Finances of the wellbeing services counties; BCG analyse

Finansiering | Hovedparten af sundhedsydelserne er finansieret af offentlige midler, men der er private sundhedsordninger i alle lande

Finansieringsformer

Stigende sundhedsudgifter og forskelle i udgiftsniveau

Som det fremgår af kapitel 3, har alle lande oplevet stigende sundhedsudgifter over tid. Udgiftsniveauet varierer dog på tværs af landene, hvor Norge ligger betydeligt over de øvrige lande (34.000 DKK pr. borger), mens Finland og England ligger lavest (omkring 24.000 DKK pr. borger), og Danmark i midten (knap 30.000 DKK pr. borger).

Hovedsageligt offentlig finansiering

Sundhedsydelserne er for langt hovedpartens vedkommende finansieret af offentlige midler, jf. fig. 4.7. til højre. På tværs af lande kommer kun 14-17 pct. af finansieringen fra private sundhedsordninger, som her omfatter brugerbetaling og frivillige sundhedsforsikringer. Finland adskiller sig lidt, idet en femtedel af finansieringen her kommer fra private sundhedsordninger.

Private sundhedsforsikringer udgør en mindre andel

Ser vi nærmere på de private sundhedsordninger som andel af de samlede udgifter, omfatter frivillig sundhedsforsikring kun en mindre andel - 0,4 pct. i Norge til 6 pct. i Holland. De lande, som ligger relativt lavt ift. samlede udgifter til sundhedsvæsenet (England og Finland), ligger her forholdsvis højt (5 pct.). Det er interessant, at Holland, der ligger næsthøjest i udgiftsniveau pr. borger, ligger højere end de øvrige lande ift. frivillige sundhedsforsikringer.

På de næste sider fremgår en oversigt over dels den samlede finansiering af sundhedsvæsenet (figur 4.8), dels finansieringen af hhv. de primære- (figur 4.9) og sekundære sundhedsydelser (figur 4.10) på tværs af lande. Efterfølgende indgår en opsamling på hovedpointer.

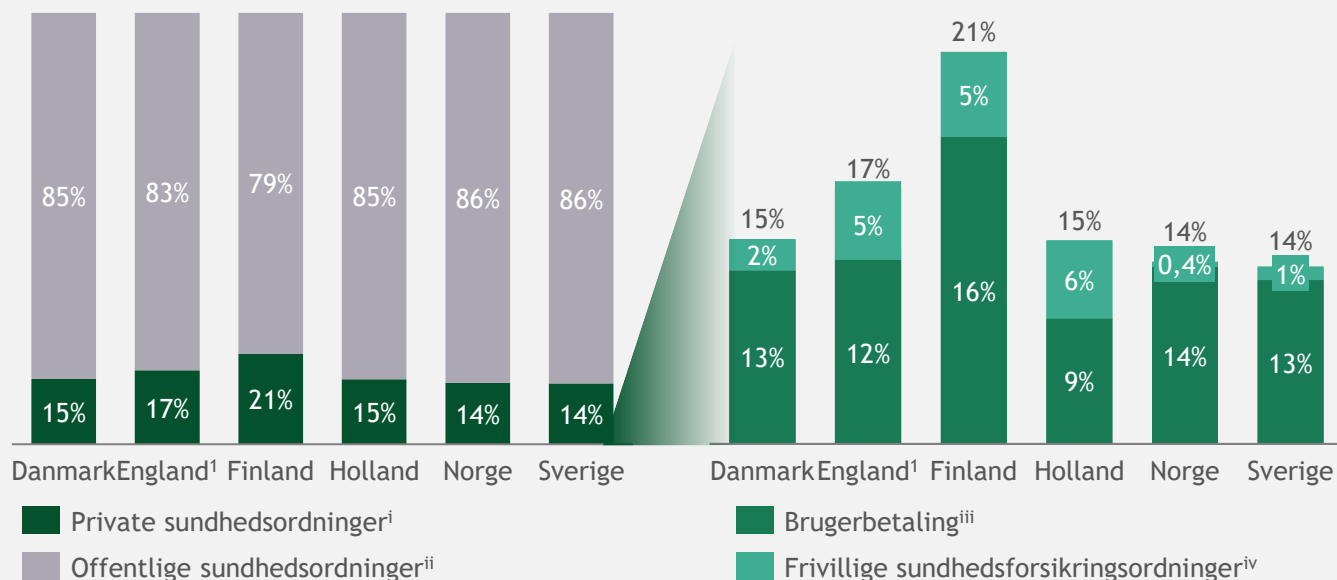
Figur 4.7 Fordeling af finansieringskilder, 2020

Mindst 79 pct. af finansieringen er offentlige sundhedsordninger på tværs af lande

Private sundhedsordninger dækker primært over brugerbetaling på tværs af alle lande

Fordeling af offentlige og private finansieringskilder, andel af totale sundhedsfinansiering, 2020


Fordeling af private finansieringskilder, andel af totale sundhedsfinansiering, 2020



Anvendte OECD variable: i. "Current expenditure on health (all functions), All providers, Share of current expenditure on health, Voluntary schemes/household out-of-pocket payments"; ii. "Current expenditure on health (all functions), All providers, Share of current expenditure on health, Government/compulsory schemes"; iii. "Current expenditure on health (all functions), All providers, Share of current expenditure on health, Household out-of-pocket payments"; iv. "Current expenditure on health (all functions), All providers, Share of current expenditure on health, Voluntary health care payment schemes".


Note: 1. Tal for Storbritannien brugt som proxy for England.

Figur 4.8: Finansieringen af sundhedsvæsenet (2020 tal). Hovedparten er offentligt finansieret, men der findes flere private modeller

	 Danmark	 England	 Finland	 Holland	 Norge	 Sverige
Offentlig finansiering	85 pct. af sundhedsvæsenet finansieres gen. skat-baserede bloktilskud fra stat til regioner/kommuner. Størstedelen af regionernes finansiering udgøres af bloktilskud samt kommunal medfinansiering, og ca. 1 pct. af nærhedsfinansiering. Den økonomiske ramme aftales i årlige økonomiaftaler. Ældrepleje og det spec. voksenomr. finansieres primært af kommuneskat	83 pct. af sundhedsvæsenet er offentligt finansieret gennem skatter, der allokeres fra regeringen til NHS England, hvorfra midler tildeles ICB'er baseret på befolkningsstørrelse. Hospitalsydelser og primærsektor herunder ambulans behandling via NHS er gratis for brugeren. Det specialiserede voksenområde ("social care") er finansieret via de lokale myndigheder	79 pct. af sundhedsvæsenet er offentligt finansieret. De nyetablerede 21+1 velfærdsserviceregioner tildeles skatbaserede tilskud fra staten som er vægtet i henhold til forskellige kriterier, herunder antallet af beboere i regionen og en vurdering af områdets behov for sundhedsydelser	85 pct. af sundhedsvæsenet er offentligt finansieret men varierer på tværs af ydelser: Sundhedsydelser og personlig pleje finansieres af skatter og forsikringspræmier, hvor døgntilbud udelukkende finansieres af skatter. Ydelser leveret af kommuner er finansieret af nationale skatter, der fordeles til kommunerne som bloktilskud	86 pct. af sundhedsvæsenet er offentligt finansieret gennem nationale skatter, der finansierer de regionale RHF'ere. Primære sundhedsydelser er finansieret af kommunerne via kommuneskat og bloktilskud fra regeringen	86 pct af sundhedsvæsenet er offentligt finansieret, primært gennem regions- og kommuneskat og i mindre grad gennem tilskud fra den nationale regering (via national beskatning)
Privat finansiering	13 pct. af finansieringen er brugerbetaling for ydelser i den private sektor ¹ samt nogle offentlige ydelser (fx psykologhjælp og tandlæge). Almen praksis er gratis. Derudover udgør 2 pct. af finansieringen frivillige sundhedsforsikringer	13 pct. af finansieringen er brugerbetaling for ydelser i den private sektor ¹ samt nogle offentlige ydelser (fx medicin). 5 pct. af finansieringen er frivillige sundhedsforsikringer	16 pct. af finansieringen er brugerbetaling for ydelser i den private sektor ¹ samt offentlige ydelser (de fleste indebærer brugerbetaling), mens 5 pct. er frivillige sundhedsforsikringer. Derudover er arbejdsgivere forpligtet til delvis finansiering ² af "occupational health", som dækker over fx forebyggelse af arbejdsrelaterede sygdomme, og kan også favne almen praksis	9 pct. af finansieringen er brugerbetaling for ydelser i den private sektor ¹ samt nogle offentlige ydelser (fx er der en selvrisko på 385 EUR på tværs af fx hospitalsindlæggelser og specialitydelser, ikke almen praksis). 6 pct. af finansieringen er frivillige sundhedsforsikringer, der dækker ydelser som ikke er dækket af den obligatoriske sundhedsforsikring	14 pct. af finansieringen er brugerbetaling for ydelser i den private sektor ¹ samt nogle offentlige ydelser (fx almen praksis, medicin). 0,4 pct. af finansieringen udgør frivillige sundhedsforsikringer	13 pct. af finansieringen er brugerbetaling for ydelser i den private sektor ¹ samt nogle offentlige ydelser (fx almen praksis og medicin). Derudover udgør 1 pct. af finansieringen frivillige sundhedsforsikringer

Noter: 1. Her menes når patienten selv opsøger hjælp fra den private sektor uden indblanding af den offentlige sektor, fx ved psykologhjælp. 2. Arbejdsgivere modtager refusion af en andel herfor af Kela, Finlands socialsikringsinstitution. Kilder: The Commonwealth Fund; European Observatory on Health Systems and Policies; Introductory guide to NHS finance (2023), Healthcare Financial Management Association (HFMA); Sveriges Kommuner och Regioner hjemmeside; Danske Regioner hjemmeside; Introducing Integrated Care Systems: joining up local services to improve health outcomes (2022), Department of Health & Social Care; Finnish Ministry of Social Affairs and Health hjemmeside; Occupational health care (2023), Kela; BCG analyse

Figur 4.9: Finansiering af de primære sundhedsydelser. Betalingsmodeller i den primære sektor præges af takt- og aktivitetsbaseret finansiering

	 Danmark	 England	 Finland	 Holland	 Norge	 Sverige
Almen praksis	Ofte selvstændige og finansieret af regioner via basishonorar og aktivitetsbaseret finansiering	Ofte selvstændige og under kontrakter (fx General Medical Services kontrakt) m. basishonorar. Derudover aktivitetsbaseret (fx vacciner) og resultatbaseret via QOF (se <i>deep dive side 27</i>)	Ofte offentligt ansatte; modtager basishonorar og aktivitetsbaseret finansiering som samlet løn fra velfærdsservice-regioner, derudover brugerbetaling	Ofte selvstændig og modtager kombination af basishonorar, aktivitetsbaseret finansiering, resultatbaseret aflønning og bundtbetaling for patienter m. kronisk sygdom via forsikrings-selskaber (se <i>case side 49</i>)	Ofte selvstændige og finansieret af kommuner via basishonorar og af staten med aktivitetsbaseret finansiering. Derudover brugerbetaling	Ofte ansat i sundhedshuse, som hovedsageligt modtager basishonorar fra regioner. Derudover brugerbetaling og mindre grad af aktivitetsbaseret og resultatbaseret finansiering (for fx deltagelse i træning)
Ældrepleje	Takstfinansiering af plejecentre, timepris for hjemmehjælp. Brugerbetaling for plejecentre	Brugerbetaling for plejecentre og hjemmehjælp ² . Hvis borgeren har få midler, betaler den lokale myndighed og køber pakkeløsning fra privat leverandør	Takstfinansiering af plejecentre og hjemmehjælp. Brugerbetaling for begge ydelser med maks grænse for plejecentre	Takstbaseret finansiering af plejecentre baseret på den nødvendige "omsorgspakke" (fx plejecenter med omfattende demenspleje) Timepris for hjemmepleje	Takstfinansiering af plejecentre og hjemmehjælp med brugerbetaling (ikke for hjemmesygepleje) op til maks grænse	Takstfinansiering af plejecentre og timepris for hjemmehjælp. Brugerbetaling op til maks grænse for begge ydelser
Det specialiserede voksen-område	Døgntilbud er takstfinansierede. Tilbud i borgerens hjem (fx bostøtte) er typisk rammefinansierede	Brugerbetaling for plejecentre og hjemmepleje ² . Hvis borgeren har få midler, betaler den lokale myndighed for plejepakke	Takstfinansiering af døgntilbud og tilbud i borgerens hjem. Brugerbetaling for begge ydelser med maks grænse for botilbud	Takstfinansiering af botilbud baseret på "omsorgspakke" Timepris for tilbud i hjemmet	Døgntilbud og tilbud i borgerens hjem er typisk takstfinansierede og med brugerbetaling	Takstfinansiering af botilbud og timepris for tilbud i borgerens hjem. Brugerbetaling op til maks grænse
Privatprakt. sundhedsprofessionelle og speciallæger¹	Aktivitetsbaseret finansiering for offentlige patienter	Aktivitetsbaseret finansiering med nationale takster. Lokale betalingsaftaler, hvis leverandøren ikke omfattes af en takst	Betalingsmodel varierer mellem velfærdsserviceregioner, typisk aktivitetsbaseret	Selvstændige lægespecialister arbejder i partnerskab med hospitaler og forhandler rater bilateralt	Årlig rammefinansiering fra RHF'er; aktivitetsbaseret finansiering for offentlige patienter	Aktivitetsbaseret finansiering for offentlige patienter
Udgående funktioner	Finansieres af hospitalerne	N/A	N/A	N/A	Hospitaler modtager aktivitetsbaseret refusion ift. udgående funktioner	Kombination af fast budget og aktivitetsbaseret finansiering (DRG), derudover brugerbetaling

Noter: 1. Vil i alle tilfælde omfatte brugerbetaling hvis brugeren selv initierer behandling. 2. Hvis behovet hovedsageligt er sundhedsrelateret (fx demens), er finansieringen dækket af ICB. Note: "Capitation" eller "Global sum" oversat til "basishonorar" for almen praksis, "Pay for performance" oversat til "Resultatbaseret", "Co-payment/self-payment" oversat til "brugerbetaling", "Fee-for-service" oversat til "aktivitetsbaseret" - hvor det er DRG er dette blevet skrevet. Kilder: The Commonwealth Fund; Danske Regioner hjemmeside; NHS England hjemmeside; Finnish Ministry of Social Affairs and Health hjemmeside; GP funding and contracts explained (2020), The King's Fund; Sveriges Kommuner och Regioner hjemmeside; Bakx P, Schut E, Wouterse B, "Price setting and contracting help to ensure equitable access in the Netherlands." (2021), WHO; Införandet av vårdval i primärvården (2009), Socialstyrelsen; Uppgifter för beräkning av avgifter inom äldre- och funktionshinderomsorgen år 2023 (2022), Socialstyrelsen; Revenue finance and contracting guidance for 2023/2024 (2023), NHS England; Ældreomsorg i Norden (2015), Nordens Velfärdscenter; Client Fees for Social and Health care Services at Wellbeing Services County of Southwest Finland (2023), Varsinais-Suomen hyvinvointialue; BCG analyse

Figur 4.10: Finansiering af sekundære sundhedsydelser¹. Den sekundære sektor præges i højere grad af rammefinansiering

	 Danmark	 England	 Finland	 Holland	 Norge	 Sverige
Offentlige sygehuse	Sygehusene modtager en samlet ramme fra regionerne, som fastlægges ud fra sidste års budget samt tillæg af nye prioriteter	Kombination af fast budget baseret på forventet aktivitetsniveau, aktivitetsbaseret for elektiv behandling. Reduktion i honorering, hvis der ikke leves op til kriterier (CQUIN)	Kombination af fast budget og aktivitetsbaseret finansiering via DRG-system, derudover brugerbetaling for ambulante behandling og behandling under indlæggelse	<i>Ingen offentlige sygehuse i Holland</i>	Kombination af fast budget og aktivitetsbaseret finansiering (DRG), herudover brugerbetaling for ambulante behandling	Kombination af fast budget (størstedelen); aktivitetsbaseret finansiering (DRG) og resultatbaseret aflønning (fx for registrering af patienter i kvalitetsregistre), derudover brugerbetaling
Behandlingspsykiatrien	Tilsvarende sygehuse. Private leverandører med ydernummer er takstfinansierede	Kombination af fast budget baseret på forventet aktivitetsniveau, aktivitetsbaseret for elektiv behandling. Reduktion i honorering, hvis der ikke leves op til kriterier (CQUIN)	Kombination af fast budget og aktivitetsbaseret finansiering via DRG-system, derudover brugerbetaling for ambulante behandling og behandling under indlæggelse	Aktivitetsbaseret finansiering baseret på et DBC system (diagnosis-treatment combination, ala DRG-systemet). De fleste takster kan forhandles mellem hospitaler og forsikringer, enkelte fastsættes nationalt	Fast budget for indlæggelse, kombination af fast budget, aktivitetsbaseret finansiering (DRG) og brugerbetaling for ambulante behandling	Kombination af fast budget (størstedelen); aktivitetsbaseret finansiering (DRG) og resultatbaseret aflønning (for registrering af patienter i kvalitetsregistre), derudover brugerbetaling
Privathospitaler²	Regionerne indgår samarbejde med privathospitaler, hvor der fastsættes en bestemt takst pr. ydelse	Aktivitetsbaseret finansiering baseret på nationale takster	(Kun dagshospitaler) Betalingsmodel varierer mellem velfærds-serviceregioner, herunder aktivitetsbaseret finansiering via kontrakter (med og uden DRG) for specialiserede ydelser	Aktivitetsbaseret finansiering baseret på et DBC system (diagnosis-treatment combination, ala DRG-systemet). De fleste takster kan forhandles mellem hospitaler og forsikringer, enkelte fastsættes nationalt. Ekstra refusion for dyr behandling, fx indlæggelser på intensiv	RHF'er fastsætter honorering af hospitaler, typisk via udbudsaftaler for specifikke tjenester	Kombination af fast budget og aktivitetsbaseret finansiering (DRG) ved offentlige patienter

Noter: 1. "Capitation" eller "Global sum" oversat til "basishonorar" for almen praksis, "Pay for performance" oversat til "Resultatbaseret", "Co-payment/self-payment" oversat til "brugerbetaling", "Fee-for-service" oversat til "aktivitetsbaseret" - hvor det er DRG er dette blevet skrevet. 2. Heri bliver brugerbetaling for privathospitaler ikke beskrevet. Kilder: The Commonwealth Fund; Danske Regioner hjemmeside; NHS England hjemmeside; Finnish Ministry of Social Affairs and Health hjemmeside; GP funding and contracts explained (2020), The King's Fund; Sveriges Kommuner og Regioner hjemmeside; Bakx P, Schut E, Wouterse B, "Price setting and contracting help to ensure equitable access in the Netherlands." (2021), WHO; Införandet av vårdval i primärvården (2009), Socialstyrelsen; Uppgifter för beräkning av avgifter inom äldre- och funktionshinderomsorgen år 2023 (2022), Socialstyrelsen; Revenue finance and contracting guidance for 2023/2024 (2023), NHS England; Ældreomsorg i Norden (2015), Nordens Vårdscenter; Client Fees for Social and Health care Services at Wellbeing Services County of Southwest Finland (2023), Varsinais-Suomen hyvinvointialue; Privathospitalernes udbudstaks: 43 pct. Af DRG-taksten (2016), CEPOS; Sundhedsdatastyrelsen hjemmeside; BCG analyse

Finansiering af sundhedsvæsenet | Kompleks finansiering på tværs af sundhedsydelser og -sektorer

Finansiering af sundsvæsenet

Sundhedsvæsenet i de udvalgte lande er hovedsageligt skattebetalt, men på forskellige måder

Samlet set er hovedparten af sundhedsudgifterne offentligt finansierede på tværs af de seks lande, men der er forskelle mellem landene. I England og Finland finansieres sundhedsvæsenet udelukkende af nationale skatter.

I Norge finansieres sundhedsvæsenet af en blanding af nationale og kommunale skatter, hvor kommunale skatter fortrinsvis finansierer de primære sundhedsydelser.

I Danmark er de regionale (sekundære) sundhedsydelser finansieret af både nationale og kommunale skatter, mens de primære sundhedsydelser i vidt omfang finansieres af kommuneskatter.

Som det eneste land sker finansiering af sundhedsvæsenet i Sverige på både nationalt, regionalt og kommunalt niveau. Både regioner og kommuner opkræver således skatter, som anvendes til finansiering af sundhedsydelser. Regionerne er derfor ikke som i Danmark afhængige af allokering af national finansiering.

Brugerbetaling i alle lande men i varierende grad

Brugerbetaling fra patienter forekommer i alle lande, men i forskellig grad og for forskellige ydelser. Eksempelvis er besøg hos praktiserende læge gratis i Danmark, mens der typisk er en mindre brugerbetaling i Norge, Sverige og Finland.

Der er i Sverige udbredt brugerbetaling, men der er samtidig fastsat et maksimum på brugerbetaling for offentlige ydelser (fx 1,200 SEK pr. år for ambulante behandling).

Finland har en forholdsvis stor andel brugerbetaling, og der indgår brugerbetaling for langt de fleste sundhedsydelser. Undtagelsen er bl.a. ydelser, der leveres under "occupational health" og betales af arbejdsgivere. Denne ordning er obligatorisk for arbejdsgivere og giver lettere adgang til primære sundhedsydelser, som fx almen praksis. Typisk leveres ydelser under "occupational health" af private leverandører og kan omfatte fx almen praksis, førstehjælp og behandling af arbejdsrelaterede symptomer.

Brugerbetaling kan forventeligt bidrage til at regulere søgning på sundhedsydelserne, men det kan dog også bidrage til at højne udfordringer ift. ulighed i sundhed.

Private forsikringer i Holland

I modsætning til de øvrige lande finansieres ydelser leveret af sundhedsforsikringerne i Holland af månedlige præmier fra borgere og skat. Der er desuden en selvrisiko ift. mange ydelser (hospitalsindlæggelser, specialitydelser, receptpligtig medicin). Udgifter herudover dækkes af det offentlige.

Ydelser, der leveres af kommunerne, herunder det specialiserede voksenområde (ikke døgntilbud) og støtte til ældre, finansieres fuldt ud af den nationale skat.

Deep dives på udvalgte områder

På baggrund af analyserne i dette kapitel har der vist sig tre områder, hvor det er relevant at dykke mere ned i erfaringer fra de øvrige lande mhp. at belyse forskellige løsninger på nogle af de udfordringer, vi ser i det danske sundhedsvæsen. Det drejer sig om hhv. psykiatrien, almen praksis samt data og digitalisering. På de efterfølgende sider udfoldes disse områder i *deep dives*, og der indgår en kort opsamling på hovedpointer herfra til højre.

Psykiatrien: Integrerede enheder giver sammenhæng i indsatsen

Som det fremgår af BCG's deep dive på psykiatriområdet på næste side, har flere af de øvrige lande, bl.a. gennem integrerede enheder mhp. at sikre bedre sammenhæng i indsatsen bl.a. på psykiatriområdet. Det gælder bl.a. for England, Finland og Norge, hvor der gennem en fuld integration (Finland), partnerskaber (England) eller forpligtende samarbejder (Norge), arbejdes med at sikre koordination i indsatsen til borgere med sindslidelse. Flere reformer i de øvrige lande har også haft sammenhæng og lige adgang som eksplicitte mål.

Det er samtidig interessant, at Danmarks gennemgående skelnen mellem socialpsykiatrien og handicapområdet ift. det specialiserede voksenområde ikke genfindes i flere af de øvrige lande, hvilket kan indikere en mindre grad af specialisering.

Almen praksis: Sundhedshuse og brugerbetaling

På side 27 indgår en mere nuanceret beskrivelse af almen praksis på tværs af lande. De nordiske lande har på forskellige måder søgt at sikre god dækning og adgang til flere sundhedsprofessionelle gennem sundhedshuse i både Sverige og Finland, mens almen praksis i Norge ligger under kommunerne mhp. at kunne tilgodese lokale behov.

I både Holland og England er der et element af resultatbaseret honorar, hvilket potentielt kan fremme samarbejde på tværs af almen praksis og de øvrige sundhedsvæsen.

Data og digitalisering: Fokus i flere reformer

Flere lande (Sverige, England, Norge) har haft fokus på data og digitalisering i deres reformer og større tiltag på sundhedsområdet og har bl.a. anvendt dette som løftestang til bedre transparens og sammenhæng. Uddybes i casen på side 28.

Deep dive | Psykiatriområdet

Psykiatrien i Danmark

I Danmark har regionerne ansvar for behandlingspsykiatrien, mens kommunerne varetager socialpsykiatrien, som omfatter sociale tilbud til personer med psykisk sygdom, som fx botilbud, beskæftigelsestilbud, bostøtte og kortere forebyggende forløb.

Aktuelt er psykiatrien i Danmark presset. Der ses en kraftig stigning i antallet af både børn, unge og voksne med psykiske lidelser, og der savnes både ressourcer til udredning og behandlingsskapacitet. En koordineret indsats vil typisk være afgørende for borgeren, der har kontakt med både behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien, men det er ofte svært at skabe sammenhæng i forløbene. Det gælder ikke mindst for borgere med sindslidelse og samtidigt misbrug.

Socialpsykiatrien er et dansk fænomen

I Danmark skelner vi indenfor det specialiserede voksenområde mellem handicapområdet og socialpsykiatrien. I flere af de øvrige lande skelnes der ikke på samme måde mellem målgrupperne på voksenområdet, og vores måde at definere socialpsykiatrien kan således ikke genfindes i fx England og Holland. Der leveres i alle lande døgntilbud og ambulante indsatser til borgere med psykiske lidelser, men tilgangen kan indikere et mindre fokus på specialisering.

Flere reformer har fokus på at fremme lighed i sundhed

Udfordringerne med at skabe sammenhængende forløb og koordination for borgere med psykiske lidelser ses også i flere af de øvrige lande.

Eksempelvis varetages behandlingspsykiatrien i Holland af forsikringssekslerne, mens kommunerne tilbyder ydelser som fx dagtilbud til personer med psykiske lidelser.

Der er dog flere eksempler på reformer - fx i England og Finland - som har haft til hensigt at sikre mere lige adgang til sundhed for borgerne samt mere koordinerede og integrerede indsatser, herunder på det psykiatriske område.

Integrerede enheder muliggør koordinerede indsatser og lokale strategier for mental sundhed

Englands NHS-system leverer en bred vifte af ydelser inden for mental sundhed, hvor ansvar for både planlægning og levering heraf hovedsageligt ligger hos Integrated Care Systems (ICS). Lokale "community" ydelser leveres af ICS'er, og de står ligeledes for både ambulante psykiatriske behandling og behandling under indlæggelse. Socialpsykiatriske tilbud¹ som botilbud og bostøtte leveres af de lokale myndigheder. De lokale myndigheder er dog også inddraget som partnere i ICS'erne, og der udvikles lokalt en strategi for mental sundhed, som bl.a. skal sikre koordination af indsatserne.

Finlands velfærdsserviceregioner varetager både behandlingspsykiatrien og de tilbud, der i Danmark defineres som socialpsykiatrien. Denne organisering har bl.a. til hensigt at skabe bedre integration af både primære og mere specialiserede ydelser i psykiatrien.

Norges helsefællesskaber giver øget samarbejde mellem kommune og hospital

Behandlingspsykiatrien og distrikpsykiatrien varetages i Norge af de regionale helseforetak, hvor fx botilbud, bostøtte og forebyggende indsatser, varetages af kommunerne. Organiseringen i psykiatrien minder således som udgangspunkt meget om den danske, men Norge har med et initiativ fra 2019 skabt en samarbejdsarena for de lokale helseforetak (som består af ét eller flere hospitaler) og kommuner via deres 19 "Helsefællesskaber".

Helsefællesskaberne samler således repræsentanter fra både primær- og sekundærsektor. Planlægning og udvikling af tjenester for alvorligt psykisk syge fremhæves som et af fokusområderne for helsefællesskaberne, og disse samarbejder er bygget op omkring fælles udvikling af handleplaner samt løbende koordinering af forløb. Den norske model er et eksempel på tværsektorielt samarbejde på psykiatriområdet.

Noter: 1. I England benævnes det ikke som "socialpsykiatrien": Landet leverer "social care" som fx bosteder, personlig pleje og beskæftigelsesstøtte til en bred vifte af mennesker, herunder sindslidende. Kilder: Danske Regioner hjemmeside; Sundhedsstyrelsen hjemmeside; Sundhedsdatastyrelsen hjemmeside; Denmark: health system review (2012), European Observatory on Health Systems and Policies; Bakx P, Schut E, Wouterse B, "Price setting and contracting help to ensure equitable access in the Netherlands." (2021), World Health Organization; Psykiatrifonden hjemmeside; Integrerede indsatser for mennesker med psykiske lidelser (2013), Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; Psykiatrien er presset - patienter får ikke den behandling de har behov for (2022), Dansk Psykolog Forening; Dobbelt diagnose, dobbelt behandling, dobbelt problem (2020), Bedre Psykiatri; Progress in improving mental health services in England (2023), Department of Health & Social Care; Mental healthcare for adults in Norway (2022), The Norwegian Directorate of Health; Helsefællesskab - hva er nå det? (2022), Rogaland legeförening; Long-term care reform in the Netherlands: Too large to handle? (2015), Eurohealth; Hollands Regering hjemmeside; BCG analyse

Deep dive | Almen praksis

Almen praksis i Danmark

Almen praksis i Danmark er organiseret som selvstændige virksomheder, der oprettes med et ydernummer fra den region de befinder sig i. Almen praksis er typisk (~75 pct.) organiseret som en flerlæge praksis, med 2-8 læger under samme tag.

Ydernummeret fra regionen giver et basishonorar pr. tilmeldt patient, og derudover afregnes regionen for fastsatte aktivitetsbaserede ydelser, som fx blodprøver, lungefunktionstests m.fl.

Finansieringen af almen praksis i Danmark kan udfordre mulighederne for, at lægerne indgår i lokale samarbejder om fx ældreplejen mhp. at skabe sammenhængende forløb for patienter og udvikle indsatsen. Herudover kan det skabe udfordringer i forhold til lægedækning i yderområder.

Sundhedshuse i Sverige er ikke geografisk begrænsede og har stor online tilstedeværelse

I Sverige er lægerne tilknyttet sundhedshuse (vårdcentraler), som ikke er geografisk begrænsede. Sundhedshusene kan dermed også fungere som online sundhedshuse, som kan tiltrække patienter fra hele Sverige, ved at udbyde en tilgængelig service, uanset hvor man bor. Sundhedshusene tilbyder fx online-konsultationer via video og chat med både praktiserende læger, sygeplejersker og psykologer.

Sundhedshusene modtager næsten udelukkende betaling som basishonorar (op til 95 pct.¹ af finansieringen), baseret på det antal af patienter, der er registreret hos dem. Honoraret er risikojusteret på baggrund af alder, køn, socioøkonomiske karakteristika og komorbiditet. I Sverige er der derfor et konkurrenceelement i at kunne tiltrække mange patienter. I Danmark udgør aktivitetsbaseret finansiering omkring 70 pct.¹ af indkomsten for praktiserende læger, hvor aktivitetsbaseret finansiering

udgør helt ned til 5 pct.¹ af vårdcentralernes indkomst. Sverige lider dog tilsvarende Danmark af lægedækningsudfordringer og udfordringer med at få og fastholde medarbejdere i sundhedsvæsenet.

Resultatbaseret aflønning i Holland og England

Almen praksis i både Holland og England modtager basishonorar og aktivitetsbaseret afregning. Basishonorarer i begge lande er, tilsvarende Sverige, risikojusteret på baggrund af variable som fx alder, køn, dødelighedsniveau og socioøkonomisk kontekst.

En andel på ca. 10 pct.¹ af lægernes finansiering i både Holland og England er knyttet til resultater. I England er resultataflønningen knyttet indikatorer med fokus på fokus på de store kroniske sygdomsgrupper som astma og diabetes og kan omfatte registrering af patienter i et særligt register.

I Holland gives resultatbaseret aflønning på baggrund af kriterier som fx adgang til lægepraksissen og effektivitet i at henvise patienter til sekundærsektor.

Resultatbaseret aflønning eksisterer også i mindre grad i Sverige, men udgør i gennemsnit kun 2 pct. af den samlede finansiering for primærsektor, og anvendes ikke af alle regioner. På tværs af lande, har den resultatbaserede aflønning typisk til hensigt at skabe incitamenter til at opnå resultater og forbedre patientoplevelsen.

I Danmark kan regionernes nærhedsfinansiering betragtes som et resultatbaseret system men med en omvendt honorering. Regionerne får her den fulde sum udbetalt. Hvis de ikke lever op til et eller flere delmål, kræves tilskuddet helt eller delvist tilbage.

Decentraliseret almen praksis i Norge med høj grad af brugerbetaling

I Norge hører almen praksis under kommunerne, og der er stor variation i deres ydelser og organisering. Typisk indgår kommunerne partnerskaber med lægerne, og 6¹ pct. af lægerne er ansat af kommunerne. Der er samtidig en høj andel af brugerbetaling, hvor patienterne betaler op mod 30 pct.¹ af de samlede indtægter for en læge.

I Danmark er der meget begrænset brugerbetaling hos egen læge og kun for ydelser, som ikke dækkes af den offentlige sundhedssikring, som fx helbredsattester til kørekort eller sygdommeldinger til arbejdspladser.

Sundhedshuse i Sverige og Finland giver samarbejdsfordele

I Sverige og Finland bliver de fleste primære sundhedsydelser leveret af sundhedshuse. I Sverige er disse sundhedshuse, kaldet "vårdcentraler", ejet enten af regionerne eller af private virksomheder, hvor de i Finland er ejet af velfærdsserviceregionerne.

Sundhedshusene ansætter alment praktiserende læger, sygeplejersker, fysioterapeuter, psykologer m.fl, mhp. at skabe et integreret sundhedstilbud for patienterne. De fungerer også som gatekeepere, der henviser videre til speciallæger.

I begge lande er almen praksis primært skattefinansieret med en hvis andel af brugerbetaling. I sundhedshuse i Finland bliver man visiteret til enten at blive set af en sygeplejerske, eller en læge, da sygeplejerskerne har behandlingsret til visse ordinære lidelser.

Sundhedshusene i begge lande er med til at sikre kortere vej for patienter mellem den praktiserende læge, og andre sundhedspersoner som psykologer eller fysioterapeuter.

Deep dive | Data- og digitalisering på sundhedsområdet

Digitalisering af sundhedsområdet i Danmark

Danmark har sammenlignet med mange andre lande gode data på sundhedsområdet og muligheder for bl.a. at tilgå egne sundhedsdata som borger via Sundhed.dk.

Vi har dog mange forskellige datakilder og -ejere på sundhedsområdet, og det kan besværliggøre adgangen og anvendelsen af data for borgere, myndigheder og forskere. Der er samtidig begrænset mulighed for at dele oplysninger på tværs af sundheds- og socialområdet.

Der er gennem flere år arbejdet med at styrke de digitale løsninger samt adgangen og mulighederne for at anvende data på sundhedsområdet, og det er i den sammenhæng relevant, at flere af de øvrige lande har et digitaliserings-element i de større reformer.

Vi præsenterer nogle af disse nedenfor med fokus på hhv. bedre information og dataudveksling mellem sundheds- og socialområdet, fælles patientjournal på tværs af sektorer samt digitale løsninger til forbedring af patientoplevelsen.

Bedre information- og dataudveksling mellem sundheds- og socialområdet

Nylige reformer i både Sverige og England er tydelige eksempler på, at digitalisering og dataanvendelse på tværs af sundhedsvæsenet tænkes ind som løftestang til bedre integration og koordination mellem systempartnere. Sveriges "Omställning till god och nära vård" (2018) indebærer fra 1 januar 2023 en ny lov¹, der gør det

mere enkelt for kommuner og regioner at dele information om indsatser for ældre og personer med funktionsnedsættelse. Det centrale heri er, at kommuner nu også omfattes af loven, hvilket bl.a. betyder, at der er mulighed for at dele oplysninger på tværs af den kommunale ældrepleje og hospitalerne. Loven sikrer rammerne for deling af oplysninger men indebærer dog ikke konkrete krav til udveksling af information.

Englands "Health and Care Act" fra 2022 indeholder ligeledes bestemmelser, der skal forbedre indsamling, standardisering og kvalitet af data samt øge dataudveksling på tværs af sundheds- og socialområdet. Bestemmelserne indebærer bl.a., at NHS England kan fastsætte informationsstandarder for både offentlige og private leverandører.

Det betyder også, at NHS Digital² kan indsamle data fra private leverandører af sundhedsydelser, og at leverandører af sociale indsatser til voksne kan blive påkrævet at dele information om deres aktivitet - plejecentre skal eksempelvis bl.a. angive information om ledige pladser og antal medarbejdere hver måned.

Derudover fastsætter bestemmelserne, at leverandører af sundhed og sociale indsatser kan kræve deling af anonym information fra hinanden.

Det skal nævnes, at England på mange måder er mindre modent end Danmark ift. sundhedsdata, og at eksemplet her skal vise, hvordan strukturelle reformer kan understøttes af digitalisering.

Fælles patientjournal på tværs af sektorer

Norges Nasjonal Helse- og Sykehusplan 2020-2023 har i høj grad fokus på teknologi og digitalisering i et patientcentreret sundhedsvæsen. I planen understreges det bl.a., at der skal være fortsat udvikling af 'kjernejournalen': en national elektronisk journal. Resultatet er en norsk Sundhedsplatform, som skal understøtte deling af data på tværs af hele sundhedsvæsenet, for hurtigere at kunne udveksle information og forenkle tværsektorielt samarbejde. Sundhedsplatformen er dog ikke implementeret i Norge endnu, og implementeringen er stødt på betydelige problemer.

Tilsvarende erfaringer ses med den finske Sundhedsplatform, hvor implementeringen ligeledes har været problematisk.

Digitale løsninger forbedrer patientoplevelsen

Kaiser Permanente har som én virksomhed andre muligheder for at strømline de digitale løsninger og data på tværs af services end den typiske offentlige sektor. Når vi vælger at fremhæve Kaiser, er det fordi der her er interessante erfaringer med anvendelse af teknologiske løsninger i patientbehandlingen.

På kronikerområdet tilbyder Kaiser fx fjernovervågning af diabetes, hvori patienter modtager Bluetooth-monitorer, der sender målinger direkte til deres EPJ i realtid. Telemedicin anvendes på tværs af specialer og reducerer den fysiske patientkontakt. I 2020 indikerede 80 pct. af de medlemmer, som havde anvendt telemedicin, at de var tilfredse.

Noter: 1. På svensk: Lagen sammanhållan vård- och omsorgsdokumentation. 2. NHS Digital bruger information og teknologi til at forbedre sundhed og pleje - det er en eksekutiv enhed sponsoreret af Englands "Department of Health and Social Care". Kilder: Kjernejournal dokumentdeling (2023), Direktoratet for e-helse; Remote patient monitoring improves care for chronic disease (2021), Kaiser Permanente; Kjernejournal dokumentdeling, Helse Sør-Øst; Wheatley, Benjamin. "Transforming care delivery through health information technology." (2013), The Permanente Journal; The Health and Care Act 2022 - Key Points for Adult Social Care Practitioners, tri.x; Ny lag underlättar informationsutbyte - med stöd av digitala tjänster, Inera; Informationsdelning mellan kommuner och regioner (2023), Sveriges Kommuner och Regioner; Policy paper: A plan for digital health and social care (2022), UK Government; Get in on the Act: Health and Care Act 2022, Local Government Association; Statutory guidance: Formal notice of a mandate for all adult social care providers (2023), UK Government; Health and Care Act 2022, UK Legislation; The Act, Part 2 - Health and Social Care, NHS Providers; BCG analyse

Tværasektorielt samarbejde | Tiltag til samarbejde på tværs af sektorerne findes i alle lande, men på forskellige måder

Tværasektorielle organiseringer

På næste side fremgår dels rammerne for tværasektorielt samarbejde i sundhedsvæsenet på tværs af lande, dels eksempler på tværasektorielle samarbejder (figur 4.11). Til højre indgår to konkrete eksempler på tværasektorielt samarbejde i Holland og Norge.

Integrerede enheder og forpligtende samarbejder understøtter det tværasektorielle samarbejde

Flere af de udvalgte lande har i organiseringen af sundhedsydelserne haft særligt fokus på at styrke det tværasektorielle samarbejde og sikre effektive og sammenhængende forløb for patienterne. Det gælder både etableringen af integrerede enheder i England (ICS) og Finland (Velfærdsserviceregioner) og de forpligtende samarbejder i Helsefællesskaber i Norge (se også cases til højre).

Sundhedscentre med flere sundhedsprofessionelle

Der ses samtidig flere eksempler på, at der gennem lokale sundhedscentre skabes lettere adgang til både almen praksis og andre sundhedsprofessionelle, som fx sygeplejersker, fysioterapeuter, psykologer og jordemødre. Det gælder fx i Sverige, Finland og til dels også i Holland som forsøgsordning (se case til højre).

De lokale enheder kan både sikre tværasektorielt samarbejde, give lettere adgang til den rette primære sundhedsindsats og fungere som "gate keepers" ift. de sekundære sundhedsydelser.



Case | Hollands "Primary Care Plus" (2013) Styrkelse af tværasektorielt samarbejde

Kontekst:

For at forbedre kvaliteten og den økonomiske bæredygtighed i det hollandske sundhedsvæsen blev 9 pionersteder i 2013 udpeget til at eksperimentere med nye sundhedsløsninger. På ét af disse steder (Blue Care i Maastricht-Heuvelland), blev interventionen "Primary Care Plus" (PC+), udviklet. Formålet med modellen var at flytte specialiseret behandling af lav kompleksitet fra hospitalerne til primærsektor ved at integrere hospitalsspecialister tættere i de primære sundhedsydelser.

Beskrivelse:

Modellen omfatter to faciliteter uden for hospitalet, hvor specialister inden for dermatologi, ortopædkirurgi og neurologi udfører korte konsultationer ift. patienter med "lav kompleksitet". Almene praksisser kan henvise patienter til disse faciliteter, hvis de er usikre på en diagnose eller behandling, herunder hvis de er usikre på, om patienten skal henvises videre. Når patienten er tilset af specialisten, får den henvisende almene praksis feedback med retning til, hvad der skal gøres.

Resultater og læring:

Der er ikke entydige resultater af forsøget. Et studie konkluderer, at der ikke er forskel i sundhedsrelateret livskvalitet eller oplevet behandlingskvalitet, når PC+ patienter og hospitalspatienter sammenlignes¹. Et andet studie påviser indikationer af, at de gennemsnitlige omkostninger pr. patient i PC+ er lavere end patientomkostninger ved direkte henvisning til hospitalet². Endelig viser et studie, at PC+ har medført flere konsultationer inden for PC+'s ydelser (24,7 kontakter i 2015 til 48,8 kontakter i 2018 pr. 1000 borger), men studiet konkluderer ikke ift. kausalitet.³



Case | Norges "Helsefællesskaber" (2019) Brobygning mellem primær- og sekundærsektor

Kontekst:

Helsefællesskaber er partnerskaber mellem helseforetak (én/flere hospitaler) og kommuner mhp. bedre fælles planlægning og udvikling af koordinerede sundhedsydelser. De 19 helsefællesskaber blev etableret i 2019 med afsæt i 1) regeringens nationale "helse- og sykehusplan 2020-2023", 2) en aftale mellem regeringen og "kommunesektorens organisasjon" (KS) samt 3) en juridisk forpligtelse for kommuner og helseforetak om at samarbejde.

Beskrivelse:

Helsefællesskaber består af repræsentanter fra helseforetak, kommuner, læger og patienter, der sammen har til opgave at planlægge og udvikle sundhedstjenester. I nogle helsefællesskaber indgår praktiserende læger og patienter direkte i planlægningen, mens de i andre i højere grad er observatører. Helsefællesskaber opererer på tre niveauer: 1) Partnerskapsmødet (årligt møde hvor retning bliver forankret, 2) Strategisk samarbejdsudvalg (løbende håndtering af sager og udvikling af strategier og handlingsplaner, og 3) Faglige samarbejdsudvalg (udvikling af procedurer, særligt for sårbare patientgrupper). Helsefællesskaber har ikke et særskilt budget og eller beslutningsmandat, da den formelle myndighed forbliver hos de enkelte kommuner og helseforetak. Helsefællesskaber rapporterer til RHF'er.

Resultater og læring:

Der er kun begrænsede studier af, hvorvidt helsefællesskaberne i praksis har bidraget til at skabe mere sammenhængende forløb m.m. Der er dog konkrete eksempler, fx har man i Helsefællesskabet Sør-Rogaland etableret en vagttelefon på sygehuset, hvor de kommunale sygeplejersker kan få faglig vejledning.

Note: 1. "Patients' perspectives on a new delivery model in primary care"; 2. 2. henviser til "Primary care plus' is a strong alternative to hospital"; 3. "Substitution or addition: An observational study of a new primary care initiative in the Netherlands".
Kilder: van den Bogaart, Esther HA, et al. "Patients' perspectives on a new delivery model in primary care: A propensity score matched analysis of patient-reported outcomes in a Dutch cohort study" (2021), Journal of Evaluation in Clinical Practice; (2) 'Primary care plus' is a strong alternative to hospital, Maastricht University; (3) van den Bogaart, Esther HA, et al. "Substitution or addition: An observational study of a new primary care initiative in the Netherlands." (2023), Journal of Health Services Research & Policy; HelseDirektoratets hjemmeside; Helsefællesskap - hva er nå det? (2022), Rogaland legeförening; Sperre Saunes, Ingrid, Anna Sagan, and Marina Karanikolos. "Norway's Healthcare Communities are set up to build bridges between hospitals and primary care" (2020), Eurohealth; Helsefællesskap - fordeler og utfordringer, Statsforvalteren i Nordland; Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Statsing på helsefællesskap, HelseDirektoratet; NOU 2023: 8. Fællesskapets sykehus - Styling, finansiering, samhandling og ledelse, Regjeringen; BCG analyse


Figur 4.11: Grundlag for og eksempler på tværsektorielle samarbejder. Forvaltningsstrukturene understøtter i varierende grad tværsektorielt arbejde

	 Danmark	 England	 Finland	 Holland	 Norge	 Sverige
Grundlag for tværsektorielt samarbejde	Sundhedsydelse varetages af forskellige led (regionalt, kommunalt). Enkelte eksempler på tværsektorielt samarbejde i udgående funktioner fra regionerne. Obligatoriske udskrivningsplaner fra hospitalerne og samarbejde i KKR med varierende involvering af regionerne	De nye ICS'er understøtter tværsektoriel organisering, da de samler repræsentanter fra både primær (almen praksis og lokale myndigheder) og sekundær (hospitaler) sektor til fælles planlægning og organisering af ydelser	Den nye reform af sundhedsvæsenet i 2023 understøtter tværsektorielt samarbejde, da alle ydelser på tværs af både primær- og sekundærsektor organiseres af de 21+1 velfærdsservice-regioner og målrettes den pågældende region	Landets private sundhedsforsikringer sikrer levering af de fleste sundhedsydelser. Sundhedsydelserne leveres af forskellige private leverandører, hvilket kan hæmme det tværsektorielle samarbejde	Helseforetak (hospitaler), kommuner (herunder læger) og patienter indgår som samarbejdspartnere, i de 19 "helsefællesskaber" mhp. at planlægge og udvikle sundhedstjenester i et tværfagligt samarbejde	Sundhedsydelserne varetages af forskellige led (regionalt, kommunalt). Kommuner og regioner skal dog i fællesskab etablere planer for patienter, der har behov for medicinsk og social omsorg
Eksempler på tværsektorielt samarbejde	Sundhedsklynger er forpligtende samarbejder mellem kommuner, almen praksis og hospitaler, etableret i 2022 omkring landets akuthospitaler. Klyngerne skal tage fælles ansvar for populationen i optageområdet med fokus på at løse udfordringer, herunder styrke sammenhæng og bedre behandlings- og rehabiliteringsforløb samt styrket forebyggelse, kvalitet og omstilling til det nære sundhedsvæsen. Myndighedsansvaret er fortsat placeret i regioner og kommuner	42 ICS'er samler udbydere og indkøbere af NHS tjenester: de består af repræsentanter fra lokale myndigheder, NHS trusts (driver bl.a. hospitaler), almen praksis og øvrige systempartnere (fx pleje, sociale tilbud, frivillig sektor) og inddrager også brugere. Formålet er at tage et kollektivt ansvar for planlægning og levering af sundhedstjenester lokalt (se case side 19)	Sundhedscentrene tilbyder særligt primære sundhedsydelser, som fx almen praksis, vaccinationer, misbrugsbehandling, fysioterapi og tandlæge. Der er dog ofte også døgntilbud til borgere, som kræver indlæggelse	Primary Care Plus-modellen er et initiativ, der bygger bro mellem primær- og sekundærsektoren. Udvidede tjenester og specialiserede behandlinger af lav kompleksitet tilbydes via klinikker uden for hospitalet, hvilket reducerer behovet for henvisninger til hospitaler (se case side 29)	Helsefællesskabernes prioriteter er børn og unge, patienter med flere kroniske ledelser, skrøbelige ældre og personer med alvorlige psykiske lidelser	Primærsektor er organiseret i sundhedscentre (vårdcentraler), som typisk omfatter flere sundhedsprofessionelle: almen praksis, sygeplejersker, fysioterapeuter, psykologer og jordemødre

Kilder: The Commonwealth Fund; Region Nordjylland hjemmeside; Region Hovedstaden hjemmeside; Norway: health system review (2020), European Observatory on Health Systems and Policies; United Kingdom: health system review (2022), European Observatory on Health Systems and Policies; Finland: health system review (2019), European Observatory on Health Systems and Policies; Introductory guide to NHS finance (2023), HFMA; Införändrad av vårdval i primärvården (2009), Socialstyrelsen; Uppgifter för beräkning av avgifter inom äldre- och funktionshinderomsorgen år 2023 (2022), Socialstyrelsen; Sveriges Kommuner och Regioner hjemmeside; Sundhedsaftalen 2019-2023: Kommissorium for Tværsektoriell strategisk styregruppe (2019), Region Hovedstaden; Primary Health Care in the Nordic Countries (2020), the Danish Center for Social Science Research; Finnish Ministry of Social Affairs and Health hjemmeside; BCG analyse



Notatets indholdsfortegnelse

1. Ledelsesresumé	2
2. Rapportens opdrag, formål, tilgang og grundlag	5
3. Introduktion til de udvalgte lande	7
4. Forvaltningsstrukturer og opgavefordeling	12
 5. Ressourcer og aktiviteter i sundhedsvæsenet	31
6. Større reformer og tiltag	44
Appendiks	51
A. Større reformer og tiltag	52
B. Litteraturliste	58

Kapitel 5 Ressourcer og aktiviteter i sundhedsvæsenet

Dette kapitel analyserer økonomi og medarbejdere inden for sundhedsydelser og langtidspleje.

Kapitlets analyse giver anledning til en række overordnede observationer:

- 1 Sundhedsudgifter** | Alle lande har haft stigende udgifter til sundhedsvæsenet samlet set på 2-4 pct. årligt. Udgifter til sundhedsydelser udgør 42-61 pct., mens langtidspleje udgør 15-29 pct. Der ses samtidig meget store forskelle i udgiftsniveauer, hvor Danmark ligger forholdsvis højt ift. sundhedsydelser og lavt ift. langtidspleje.
- 2 Ambulant behandling** | Over tid stiger udgifter til ambulant behandling mere end udgifter til indlæggelse, og tilsvarende stiger udgifterne til langtidspleje i hjemmet mere end udgifterne til plejehjem m.m. Samlet set peger udgiftsudviklingen på et ønsket skift i retning af en prioritering af primærsektoren.
- 3 Medarbejdere** | Der er 45 pct. spredning ift. antallet af medarbejdere pr. borger i sundhedsvæsenet på tværs af lande, og der sker kun mindre stigninger over tid. Der ses dog en stigning i antallet af læger på hospitaler generelt, mens antallet af sygeplejersker og jordemødre på hospitaler er stabilt eller faldende. Samtidig er antallet af læger udenfor hospitaler stabilt eller stiger en smule.
- 4 Medarbejdere i langtidspleje** | I forhold til langtidspleje ses der en stagnerende udvikling eller endog et fald i antallet af medarbejdere både ift. omsorgspersonale og sygeplejersker, hvilket skal ses i lyset af, at der i alle lande er et stigende antal ældre.

Kapitel 5 | Analyse af ressourcefordelingen på tværs af de fem udvalgte lande

Introduktion til kapitlet

Dette kapitel præsenterer en analyse af ressourcer i sundhedsvæsenet med fokus på hhv. økonomi og medarbejdere. Analysen belyser udviklingen over tid på tværs af de fem udvalgte lande og Danmark. For alle analyser tages der afsæt i OECD-data mhp. at sikre et sammenligneligt datagrundlag.

Da det ikke er muligt på baggrund af data at få et dækkende billede af hhv. primær- og sekundærsektor, ser vi her på ressourceforbrug på tværs af hhv. sundhedsydelser og langtidspleje.

Sundhedsydelser omfatter her både behandling i almen praksis, privat praktiserende speciallæger, ambulante behandling, indlæggelser mv. Langtidspleje dækker over sundhedsrelaterede ydelser udført både i eget hjem og på plejehjem, hospice m.m.

Indledningsvis analyseres økonomien i de enkelte landes sundhedsvæsen. Analysen fokuserer på de overordnede udgifter (sundhedsudgifter pr. borger) samt underposter for hhv. sundhedsydelser og langtidspleje.

Dernæst analyseres udviklingen i antal medarbejdere med afsæt i konkrete faggrupper indenfor hhv. sundhedsydelser og langtidspleje.

Der indgår i kapitlet også cases, som illustrerer, hvordan der konkret er arbejdet med bl.a. reduktion i omkostninger og fastholdelse af medarbejdere.

i

Begrebsafklaring:

Totale sundhedsudgifter¹ inkluderer alle udgifter relateret til levering af sundhedsydelser (fx indlæggelser, tandpleje, og rehabilitering) og -varer (fx håndkøbs- og receptlig medicin, briller, proteser og høreapparater). Kategoriseringen af udgifter følger OECDs System of Health Accounts (SHA), revideret version 2021.

Sundhedsudgifter fordelt pr. funktion (ICHA²-HC³) og udbydere (ICHA²-HP⁴):

- **Indlæggelse (HC.1.1 og HC.2.1):** Både aktiv- og rehabiliterende behandling, hvor patienten har været indlagt minimum én nat. Aktiv behandling har til formål at lindre sygdoms- eller skadesymptomer. Rehabiliterende behandling har til formål at forbedre eller genoprette nedsatte kropsfunktioner, kompensere for tab af kropsfunktioner og forebygge funktionsnedsættelser, medicinske komplikationer og -risici.
- **Ambulant behandling på hospitaler (HC.1.3 og HC.2.3; HP.1):** Både aktiv- og rehabiliterende behandling foretaget på hospitaler, hvor patienten ikke indlægges.
- **Behandling uden for hospitaler (HC.1.3 og HC.2.3; HP.3):** Både aktiv- og rehabiliterende behandling foretaget uden for hospitaler, hvor patienten ikke indlægges. Dette inkluderer bl.a. behandlinger i en almen praksis eller specialpraksis samt behandlinger hos tandlæge, fertilitetsklinikker og dialyseklinikker⁵
- **Langtidspleje på plejehjem m.m. (HC.3.1; HP.2):** Sundhedsydelser på plejehjem m.m. til borgere med behov for langvarig pleje. Sundhedsydelser har her til formål at lindre kroniske smerter og lidelser samt reducere forringelsen af patientens sundhedstilstand. Udover plejehjem kan sundhedsydelserne udføres på bl.a. hospicer samt ældreboliger med sygepleje.
- **Langtidspleje i eget hjem (HC.3.3.; HP.3.5):** Sundhedsydelser foretaget i hjemmet til borgere med behov for langvarig pleje. Hjemmepleje inkluderer udelukkende direkte sundhedsrelaterbare ydelser og ikke praktisk hjælp i hjemmet.
- **Andet:** Residualberegning samt HC.4⁶-HC.9 som bl.a. inkl. farmaceutiske produkter til diagnosticering eller behandling af sygdom samt forebyggende behandling med formål om at undgå skader og sygdomme.

Noter: 1. Der kan være væsentlige forskelle i landes opgørelser af sundhedsudgiftsdata til OECD, som kan vanskeliggøre en direkte sammenligning; 2. ICHA = International Classification for Health Accounts; 3. HC = Classification of Health Care Functions; 4. Classification of Health Care Providers; 5. Bemærk, at i Danmark vil en del af dialyse- og fertilitetsbehandlinger også foregå på hospitaler, hvilket kan bidrage til overvurdering af ambulant behandling; 6. Danmark konterer ikke på HC²: Ancillary services
Kilder: OECD Health Statistics 2022; BCG analyse

Sundhedsudgifter - samlet | Stor variation i sundhedsudgifter på tværs af lande

Sundhedsvæsenets samlede økonomi i de fem lande og Danmark

Stigende udgifter - men i varierende grad

Som vist i kapitel tre, har alle lande oplevet stigende sundhedsudgifter siden 2010, men i varierende grad, jf. figur 3.2.

Danmark har haft den laveste gennemsnitlige stigning med 2,0 pct. årligt, mens de svenske udgifter er steget med 4,4 pct.

For flere lande ses der en yderligere stigning i sundhedsudgifter fra 2019 til 2020, hvilket forventes at være drevet af landenes covid-19 indsatser. OECDs database har desværre ikke nyere data, hvorfor vi ikke kan belyse 2021 og frem på et mere granulært niveau, hvor eventuelle konsekvenser af Covid-epidemien forventeligt er blevet mere klare.

Sundhedsudgifter målt pr. borger varierer med 43 pct. på tværs af de fem udvalgte lande og Danmark, jf. figur 3.2. Norge har det højeste udgiftsniveau med 34.000 DKK pr. borger, mens Finland har de laveste udgifter pr. borger med 24.000 DKK. Danmark ligger i midten med sundhedsudgifter på 29.500 DKK pr. borger.

Sundhedsudgifter fordelt ift. sundhedsydelser og langtidspleje

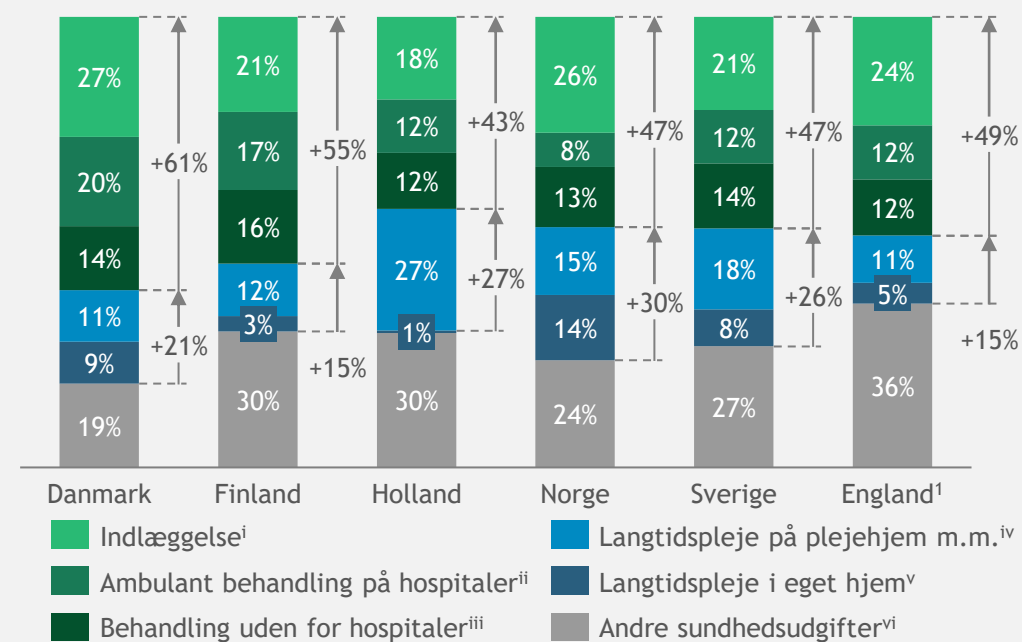
I figur 5.1 til højre og på de følgende sider analyseres sundhedsudgifternes fordeling mellem sundhedsydelser og langtidspleje. Der er her taget højde for alle former for finansieringsordninger. Heri indgår således både offentlig- og privatbetalte sundhedsordninger.

De totale sundhedsudgifter består overordnet af seks poster, jf. figur 5.1: Indlæggelse, ambulans behandling, behandlinger uden for hospitaler (fx almen praksis og tandlæger), langtidspleje på plejehjem (inkl. Hospice, ældrebolig m.m.) og i eget i eget hjem samt andre sundhedsudgifter (fx lægemidler, medicinsk udstyr og administration).

Sundhedsydelser (indlæggelser, ambulans behandling på hospitaler og behandling uden for hospitaler) udgør 42-61 pct. af de totale sundhedsudgifter på tværs af lande. Andelen er størst i Danmark, og er drevet af en stor andel af udgifter til behandling på hospitaler (både ift. indlæggelse og ambulans).

Langtidspleje (på plejehjem m.m. og i eget hjem) udgør 15-29 pct. af de totale sundhedsudgifter på tværs af lande. Fordelingen mellem langtidspleje på plejehjem m.m. og i hjemmet varierer mellem landene, fx har både Norge og Danmark en stort set lige fordeling mellem plejehjem og hjælp i hjemmet, mens Finland og Holland næsten kun har udgifter til plejehjem m.m.

Figur 5.1: Sundhedsudgifter fordelt på funktioner, 2020
Pct. af totale sundhedsudgifter



Anvendte OECD variable: Fordelingen tager afsæt i OECDs Health Care Functions. Hvor en yderligere segmentering er gjort ved hjælp af OECDs Health Care Providers er dette anført nedenfor; i. "Current expenditures on health, Inpatient curative and rehabilitative care, all providers"; ii. "Current expenditures on health, Outpatient curative and rehabilitative care, hospitals"; iii. "Current expenditures on health, Outpatient curative and rehabilitative care, Providers of ambulatory health care"; iv. "Current expenditures on health, Long-term care, Residential long-term care facilities"; v. "Current expenditures on health, Long-term care, Providers of ambulatory health care"; vi. Inkluderer bl.a. "medical goods", "preventive care" og "ancillary services"; Alle tal er PPP justeret og omregnet med valutakurs 1,0 EUR = 7,45 DKK
Note: 1. Tal for Storbritannien brugt som proxy for England. Det skal bemærkes, at fordelingen mellem ambulans og indlæggelse i DK betyder, at udgifter til indlæggelser er overvurderet.

Case | Kaiser Permanente - incitament og integrerede sundhedsydelse

Kaiser Permanente - patienttilfredshed og lavere omkostninger gennem incitament og integration

Der findes eksempler fra lande uden for de udvalgte fem, som har opnået gode resultater med at reducere omkostningerne pr. patient og samtidig formået at styrke patienttilfredsheden.

Til højre fremgår et casestudie fra USA, der jo i udgangspunktet har et sundhedsvæsen, der adskiller sig meget fra Danmark. Casen er et interessant eksempel på, hvordan Kaiser Permanente gennem en gentænkning af finansierings- og incitamentsmodeller har reduceret udgifter uden at gå på kompromis med patientkvalitet.

Internt i Kaiser Permanente systemet er der bl.a. sket en større integration mellem akutbehandling og langtidspleje, incitamentsstrukturen er ændret, så almen praksis aflønnes efter en bonusordning, hvor sundhedsresultater, tilgængelighed og patienttilfredshed præmieres.

Endelig er der sket en styrkelse af den digitale understøttelse, som både fremmer analyser af sundhedsdata og understøtter administrative opgaver.



Case | Kaiser Permanente (oprettet i 1945)

Kaiser Permanente er et amerikansk sundhedskonglomerat, der har opnået større patienttilfredshed og lavere omkostninger igennem incitament og integration

Kontekst

Kaiser Permanente er det største non-profit sundhedsnetværk i USA med mere end 12,5 mio medlemmer. De har 39 hospitaler og 737 klinikker. Netværket er delt op i tre hovedgrupper; primær- og specialistbehandling (Permanente Medical Groups), akutbehandling (Kaiser Foundation Hospitals) og sundhedsforsikring (Kaiser Foundation Health Plan).

Beskrivelse

Kaiser Permanente har siden 1950'erne indført successive reformer for at være på forkant med udviklingen i sundhedssystemet. Kaiser Permanentes patienter vælger Medicare Part C, som er en basishonorar model fra det amerikanske Medicare, hvor sundhedsforsikringen tildeles et basishonorar for patienten, og dernæst selv står for at levere al pleje.

De seneste reformer som Kaiser Permanente har indført, har haft tre fokusområder:

- Modernisering af incitamentsstrukturen, hvor man ved at øge mængden af basishonorar til primær og sekundærsektoren har opnået en højere patienttilfredshed. Dette er sket internt i Kaiser Permanente systemet, og omfatter altså ikke en øgning af det offentlige basishonorar. Almen praksis aflønnes efter en bonusordning, hvor sundhedsresultater, tilgængelighed og patienttilfredshed præmieres.
- Øget integration mellem sektorer, således at alt fra akut-behandling i skadestuen, over apoteker, og støttende langtidspleje er integreret i samme organisation.
- Øget digital tilgængelighed for sundhedspersonale og patienter, som giver realtids analyser af sundhedsdata og beslutnings-støttværktøjer til klinikkerne, og påmindelser til patienterne om deres behandling. Oven i dette arbejder man målrettet med innovation i digital sundhed.

Resultater og læring

De første år gik Kaiser Permanente målrettet efter besparelser og har bl.a. realiseret en reduktion på 46 pct. pr. patient i akutafdelingernes udgifter. Organisationen har ligeledes reduceret hospitaliseringer og re-hospitaliseringer med hhv. 13 pct. og 10 pct. men har indset, at dette begrænser innovation for meget. Sammenholdt er Kaiser Permanente et eksempel på at en basishonorar model, hvor organisationen selv forvalter pengene, har fordele frem for en model som Medicare Part A og B, der er direkte finansieret af den amerikanske stat. Kaiser Permanente har oplevet en vækst i medlemmer på 3,7 pct. år efter år de sidste 10 år.

Sundhedsudgifter - sundhedsydelser | Udgifter til ambulant behandling er steget mere end udgifter til indlæggelser på tværs af alle lande

Stigende udgifter til behandlinger på hospitaler

Udgifterne til sundhedsydelser analyseres her særskilt for udgifter til indlæggelse og ambulant behandling på hospitaler samt behandling uden for hospitaler.

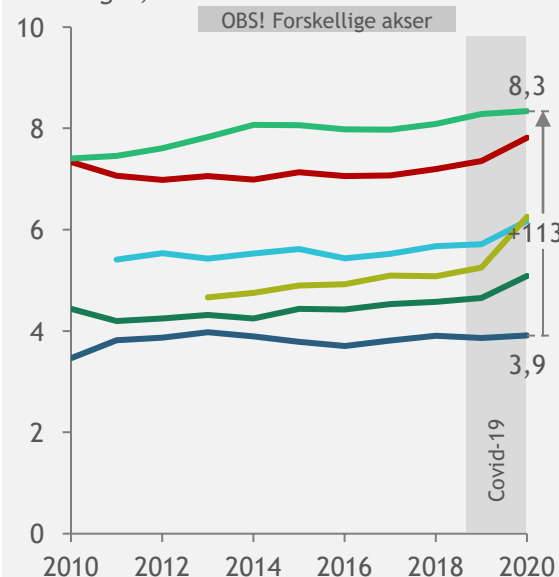
Udgifter til indlæggelse varierer med 113 pct. på tværs af lande, hvor Norge og Danmark har de højeste udgifter. Udgifterne har været stigende i alle lande (0,6-4,3 pct.), hvor Danmark har den laveste stigning og England den største. Landene har især haft en stigning fra 2019 til 2020, hvilket formodes at være pga. covid-19 indsatser.

Denne udvikling skal ses i lyset af en endnu større stigning i udgifter til ambulant behandling på hospitaler (2,5-8,7 pct.). Dette indikerer, at landene til dels er lykkedes med at overføre patienter til (billigere) ambulant behandling. Danmark har de højeste udgifter til ambulant behandling pr. borger (5.900 DKK), hvilket skal ses i lyset af, at 80-90 pct. af danske patienter behandles før de når ind på et hospital.

Udgifter til behandling uden for hospitaler varierer væsentligt mindre (35 pct.), hvor Norge har de højeste omkostninger og England de laveste. På tværs af lande har udgifterne været stigende med 1,0-4,1 pct.

Afslutningsvist er det bemærkelsesværdigt, at landene har bibeholdt deres niveaumæssige forskelle over perioden, hvilket indikerer, at ingen lande er lykkedes med transformative ændringer i behandling eller fordeling af patienter.

Figur 5.2: Udviklingen i sundhedsudgifter til indlæggelser, 2010-2020
Pr. borger, i '000 DKK



— Danmark (0,6%) — Norge (1,2%)
— Finland (1,2%) — Sverige (1,5%)
— Holland (1,4%) — England (4,3%)¹

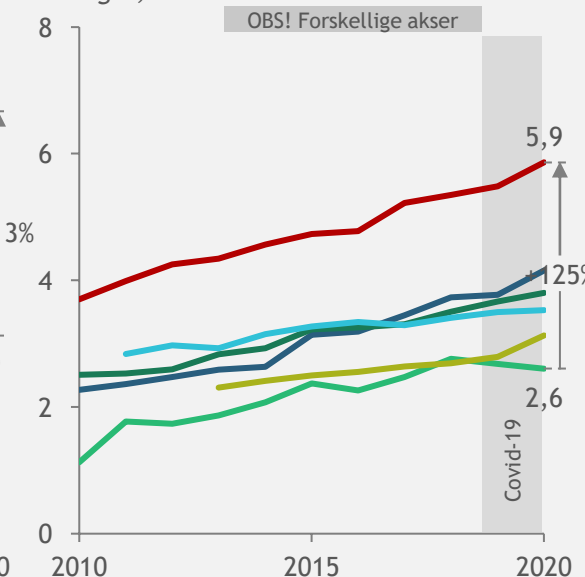
Årlig procentvis udvikling angivet i parentes

Anvendte OECD variable: i. "Current expenditures on health, Inpatient curative and rehabilitative care, Hospitals"; ii. "Current expenditures on health, Outpatient curative and rehabilitative care, Hospitals"; iii. "Current expenditures on health, Outpatient curative and rehabilitative care, Providers of ambulatory health care"; Alle tal er PPP justeret og omregnet med valutakurs 1,0 EUR = 7,45 DKK.

Bemærk: Sundhedsudgifter uden for hospitaler inkluderer både almen og special praksis, men også udgifter til bl.a. tandlæger, dialyseklিনikker og fertilitetsklinikker.

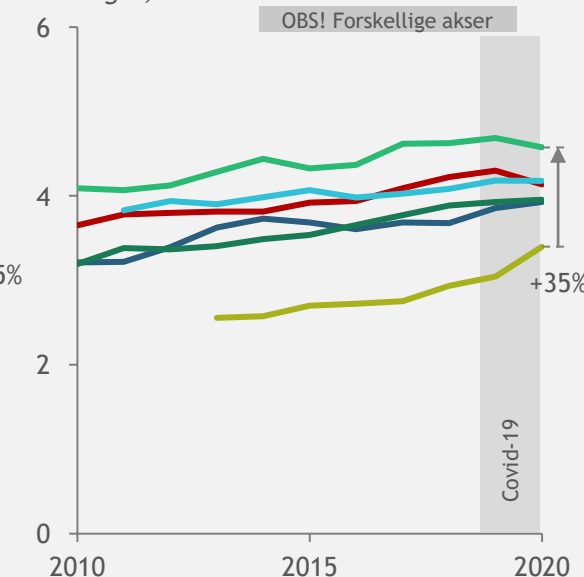
Note: 1. Tal for Storbritannien brugt som proxy for England.

Figur 5.3: Udviklingen i sundhedsudgifter til ambulant behandling på hospitalerⁱⁱ, 2010-2020
Pr. borger, i '000 DKK



— Danmark (4,7%) — Norge (8,7%)
— Finland (6,2%) — Sverige (2,5%)
— Holland (4,2%) — England (4,5%)¹

Figur 5.4: Udviklingen i sundhedsudgifter til behandling uden for hospitalerⁱⁱⁱ, 2010-2020
Pr. borger, i '000 DKK



— Danmark (1,3%) — Norge (1,1%)
— Finland (2,0%) — Sverige (1,0%)
— Holland (2,2%) — England (4,1%)¹

Sundhedsudgifter - langtidspleje | Udgifter til langtidspleje varierer markant mellem lande - men er i de fleste tilfælde stigende

Forskellig vækst i udgifter langtidspleje i hhv. plejehjem m.m. og i eget hjem

Udgifterne til langtidspleje analyseres særskilt for udgifter til pleje i hhv. plejehjem m.m. og eget hjem.

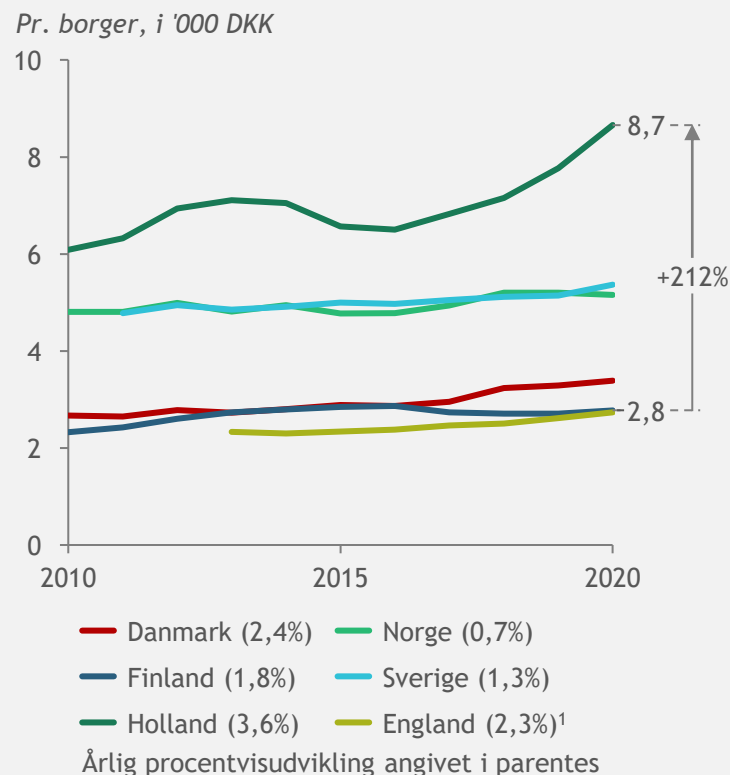
Udgifter til langtidspleje på plejehjem m.m. har været stigende på tværs af lande. Særligt Holland har haft kraftig vækst i udgifterne de seneste år på 3,6 pct. For udgifter til langtidspleje i eget hjem er der ligeledes tale om stigende vækst på tværs af lande, på nær Finland som har haft en faldende årlig vækst på 4,5 pct.

For alle lande, undtagen Danmark og Finland, er den årlige vækst i sundhedsudgifter til langtidspleje i eget hjem højere end væksten i udgifter til langtidspleje på plejehjem m.m. Dette indikerer et øget fokus på pleje i hjemmet for disse lande. Danmark og Norge er de eneste lande, der har tilnærmelsesvis samme udgifter for langtidspleje i eget hjem som på plejehjem m.m.

Modsat differentierer Holland sig fra de resterende lande ved næsten udelukkende at have udgifter til langtidspleje på plejehjem m.m. Ligeledes har Holland de højeste udgifter på 8.700 DKK pr. borger, mens England har det laveste på kun 2.800 DKK pr. borger. I Holland varetages langtidspleje på plejehjem m.m. gennem private sundhedsforsikringer, mens langtidspleje i de øvrige lande varetages af offentlige myndigheder.

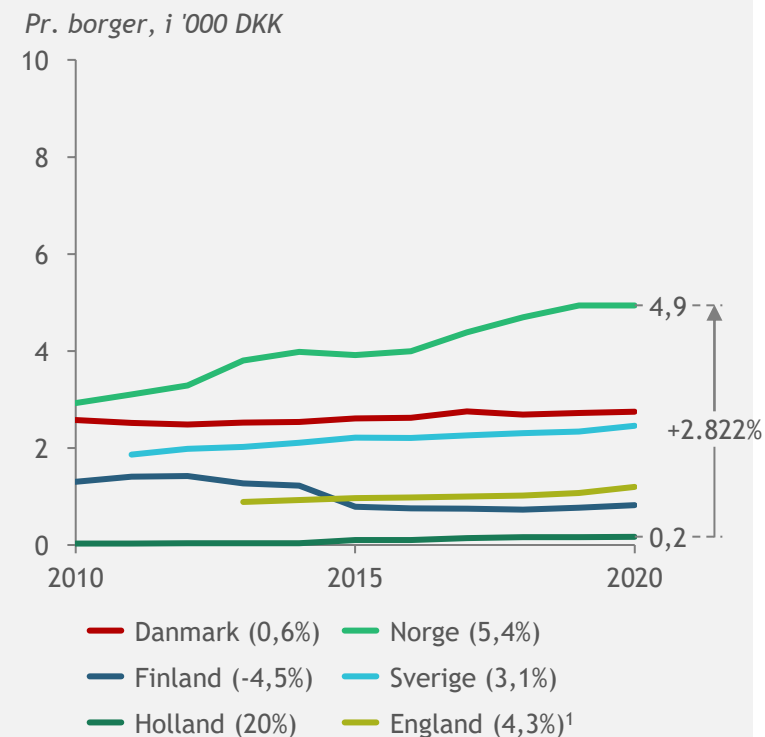
Den svage udvikling i udgifter til langtidspleje er interessant i lyset af den demografiske udvikling med flere af de ældste ældre frem mod 2030, jf. figur 3.1. Forskellene i udgiftsniveauet mellem landene skyldes forventeligt forskellige prioriteringer, serviceniveauer og tildelingskriterier.

Figur 5.5: Udviklingen i sundhedsudgifter til langtidspleje på plejehjem m.m.ⁱⁱ, 2010-2021



Anvendte OECD variable: i. "Current expenditures on health, Long-term care (health), Providers of ambulatory health care"; ii. "Current expenditures on health, Long-term care (health), Residential long-term care facilities"; Alle tal er PPP justeret og omregnet med valutakurs 1 EUR = 7,45 DKK.
Note: 1. Tal for Storbritannien brugt som proxy for England.

Figur 5.6: Udviklingen i sundhedsudgifter til langtidspleje i eget hjemⁱ, 2010-2021



Medarbejdere - samlet | Store forskelle i antallet af medarbejdere pr. borger og en flad udvikling over tid

Udvikling i medarbejdere

Flad udvikling i det totale antal medarbejdere og store forskelle på tværs

Med afsæt i OECDs nøgletal omfatter medarbejdere i sundhedsvæsenet en række udvalgte faggrupper med direkte patientkontakt, herunder: Praktiserende læger (både alment og special), sygeplejersker og jordemødre, omsorgspersonale, tandlæger, fysioterapeuter og farmaceuter. Der er således ikke medtaget sundhedsmedarbejdere i ikke-patientrettede stillinger som administration og forskning.

Generelt ses der en stor spredning i det samlede antal medarbejdere, hvor Norge har et markant højere antal medarbejdere (46 medarbejdere pr. 1000 borgere) end England (32 medarbejdere pr. 1000 borgere), hvilket svarer til en forskel på 45 pct., jf. fig. 5.7. Siden 2010 har udviklingen i medarbejdere været overvejende flad på tværs af lande.

I det følgende præsenteres to cases fra hhv. Israel og Skotland. Casen vedr. Israel nedenfor viser en alternativ organisering af sygeplejersker, der fremmer den forebyggende indsats og behandling i nærmiljøet og samtidig sikrer medarbejdertrivsel.

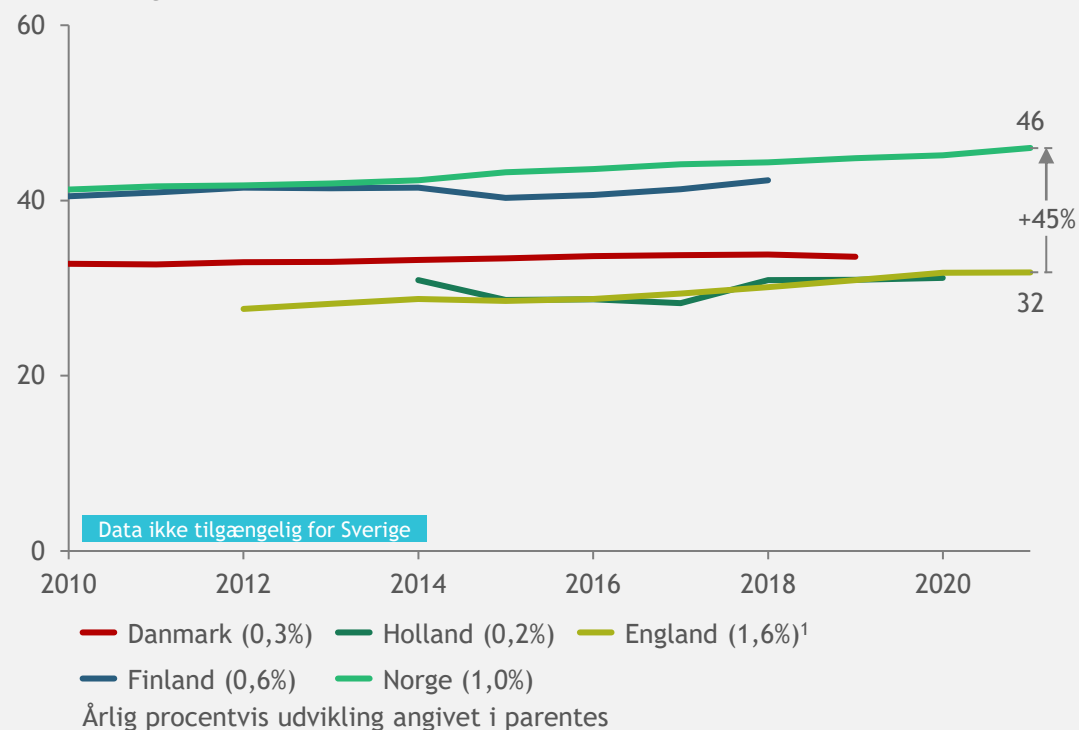


Case | Specialistsygeplejersker i lokalsamfund (Evaluering udgivet i 2017)

I Israel arbejder 1/3 af sygeplejersker i såkaldte "community settings" ansat af en sundhedsforsikring til at øge sundheden i lokalsamfundet. I en spørgeskemaundersøgelse undersøgte man, hvad sygeplejerskerne arbejder med i lokalsamfundet. 38 pct. angiver her, at de primært arbejder med patienter med kroniske sygdomme, 30 pct. udfører forebyggende arbejde, 26 pct. er subspecialiserede inden for fx. sårbehandling, diabetes eller gynækologi, og over 77 pct. deltager i kvalitetsudviklingsprogrammer.

Samtidig viser målinger, at 80 pct. er tilfredse med deres stillinger, og at 73 pct. føler, at de har en høj grad af autonomi. Casen er et eksempel på, at man kan sikre behandling af patienter lokalt, samtidig med at medarbejderne oplever, at de gør en forskel.

Figur 5.7: Udviklingen i medarbejdere med patientkontakt¹, 2010-2021
Pr. 1000 borger



Anvendte OECD variabler: i. Konstrueret total pba. summen af "Practising physicians", "Practising nurses", "Practising midwives", "Practising caring personnel", "Practising pharmacists", "Practising dentist" og "Practising physiotherapists".
Bemærk: Totalen repræsenterer den samlede andel af medarbejdere inden for sundhedsvæsenet som har direkte kontakt til patienter. Den inkluderer således ikke medarbejdere ansat i fx administration eller research.
Note: 1. Tal for Storbritannien brugt som proxy for England.

Casen nedenfor fra Skotland viser, hvordan man ved klyngedannelse i almen praksis i de mest marginaliserede og udsatte samfund, arbejder på at mindske ulighed i sundhed for personer med komplekse sociale og sundhedsproblemer. Den primære hensigt er at skabe et forum, hvor læger kan sparre med hinanden og dele erfaringer.

Deep End gruppen har vist gode resultater. Der ses styrket rekruttering og uddannelse samt en bedre integration ift. det tværfaglige arbejde i lokalområderne.



Case | Deep End Project i Skotland (2009)

Skotlands Deep End projekt er endnu et projekt, hvor klynger af alment praktiserende læger forsøger at mindske ulighed i sundhed

Baggrund og formål:

I Skotland har man visse steder stor ulighed i sundhed, og læger der arbejder i udsatte områder, hvor morbiditet og mortalitet er højere end gennemsnittet, har brug for løsninger til at modarbejde uligheden og det tilhørende store krav til læger. I 2009 afholdte "Royal College of General Practitioners" en konference for praktiserende læger, der betjente de mest socioøkonomisk-udsatte befolkninger i Skotland (100 lægepraksisser), med henblik på at forstå deres oplevelse af at arbejde i disse områder. Denne gruppe omtales som "Deep End" og har siden mødet udarbejdet et manifest, der har til hensigt at afhjælpe ulighed i sundhed. Manifestet peger på bl.a. ekstra tid til konsultationer, bedre ledelse og bedre samarbejde og erfaringsdeling på tværs af frontlinjen som løftestænger til at opnå dette.

Beskrivelse:

Deep End netværket agerer først og fremmest som støtteorganisation, hvori medlemmer deler deres erfaringer og sparrer med hinanden. Derudover er netværket en stærk fortalergruppe, som kan påvirke lokale sundhedspolitikker og sikre uddannelse til praktiserende læger. Gruppen kan modtage finansiering fra regeringen til projekter. I kraft af, at læger bliver inviteret til at være med i netværket, er deltagelse frivilligt. Pr. 2022 var der 11 Deep End grupper på tværs af fem lande, og i Danmark er en Deep End gruppe under udvikling: de 100 lægeklinikker der har flest borgere med lav socioøkonomisk baggrund er blevet inviteret til at være med i netværket, hvor første møde vil blive afholdt i september 2023.

Resultater og læring:

Der er flere positive virkninger af Deep End, herunder fx rekruttering og uddannelse af yngre praktiserende læger gennem Deep End-træning. En af de mest betydningsfulde tiltag er Community Links Worker-programmet, som er en model, der skaber bedre forbindelser mellem praksis og lokale samfundsorganisationer mhp. at støtte mennesker med komplekse sundheds- og sociale problemer.

På de følgende sider gennemgås først udviklingen i antal medarbejdere inden for sundhedsydelse og derefter for medarbejdere inden for langtidspleje.

i Begrebsafklaring:

For medarbejdervariable anvendes specificerede faggrupper på baggrund af OECDs variable, der inkluderer medarbejdere (*ikke årsværk*), med direkte patientkontakt og ansatte på hospitaler

Analysen inkluderer seks faggrupper:

1. Autoriserede læger og speciallæger, der enten arbejder med direkte kontakt til patienter eller er direkte tilknyttet et hospital. Dette inkluderer både alment praktiserende læger og speciallæger
2. Sygeplejersker og jordemødre, der enten arbejder med direkte kontakt til patienter eller er direkte tilknyttet et hospital
3. Omsorgspersonale, fx sundhedsassistenter, patienthjælpere og hjemmeplejersker
4. Tandlæger
5. Farmaceuter
6. Fysioterapeuter

Med ovenstående opdeling er det ikke muligt at segmentere medarbejdere efter om de arbejder med sundhedsydelse eller med langtidspleje. For at præcisere udviklingen i medarbejdere inden for langtidspleje anvendes OECD variabelen *Long Term Care Workers*. Denne inkluderer hhv. sygeplejersker og omsorgspersonale tilknyttet langtidspleje. Langtidspleje omfatter både pleje i hjemmet og plejehjem m.m. Pleje i hjemmet kan fx være udkørende sygeplejersker eller hjemmehjælpere, mens plejehjem m.m. udover plejehjem kan være fx hospicer eller ældreboliger med sygepleje.

Medarbejdere - sundhedsydelser | Stigning i antallet af læger både på hospitaler og uden for hospitaler - undtagen i Danmark

Antallet af læger stiger inden- og udenfor hospitaler, men flad udvikling i antal sygeplejersker og jordemødre på hospitaler

På tværs af landene ses der en umiddelbar stigning på 0,2-2,4 pct. i antallet af læger ansat på hospitaler, mens der ikke lader til at være en betydelig udvikling i antallet af sygeplejersker, jf. figur 5.8 og 5.9.

Antallet af sygeplejersker og jordemødre på hospitaler er således stabilt over tid, men niveauet varierer betydeligt - fra 4,5 sygeplejersker /jordemødre pr. 1000 borgere i Holland til 9,2 i Norge. Danmark ligger her i den høje end med omkring 7 sygeplejersker/ jordemødre pr. 1000 borgere.

Holland adskiller sig ved at ligge lavere end de øvrige lande både ift. læger og sygeplejersker på hospitaler.¹ Modsat har Holland flest læger uden for hospitaler og den højeste vækst med 4,3 pct.

Det er interessant, at Danmark har det højeste antal læger pr. borger på hospitaler og den højeste stigning (2,4 pct.), mens Danmark som det eneste land har en negativ udvikling i antal læger uden for hospitaler (-0,1 pct.).

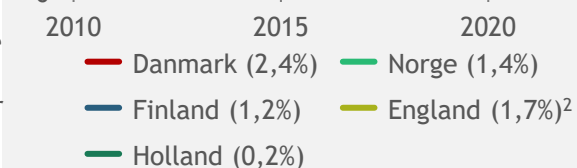
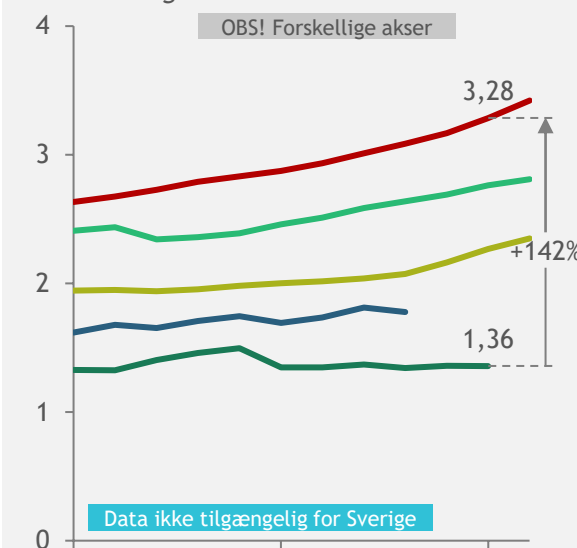
Afslutningsvis kan det konstateres, at landene i vidt omfang har bibeholdt deres niveaumæssige forskelle over perioden.

Det bemærkes dog, at niveauforskellene på tværs af variable kan skyldes forskelle i opgørelses- og indberetningsmetoder til OECD.

Note: 1. For Holland kan dette dog skyldes, at selvstændige medicinske specialister som arbejder på hospitaler ikke er inkluderet i data
Kilder: OECD Health Statistics 2022; BCG analyse

Figur 5.8: Antal læger ansat på hospitalerⁱ, 2010-2021

Pr. 1000 borger



Årlig procentvis udvikling angivet i parentes

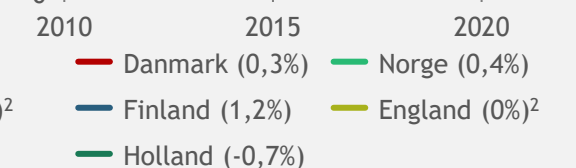
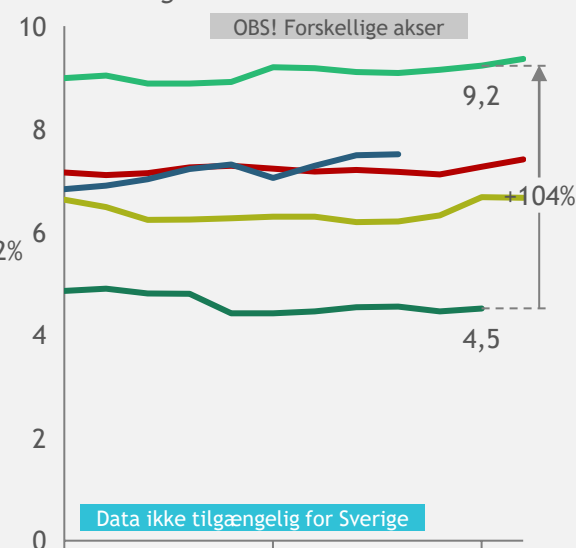
Anvendte OECD variable: i. "Physicians employed in hospitals"; ii. "Professional nurses and midwives employed in hospitals"; iii. Beregnet som "Practising physicians" fratrukket "Physicians employed in hospitals".

Bemærk: Sygeplejersker og jordemødre uden for hospitaler ikke er gengivet her, da det ikke er muligt at segmentere sygeplejersker ift. om de udelukkende arbejder med sundhedsydelser uden for hospitaler. De praktiserende læger har direkte patientkontakt og inkluderer både almen praktiserende samt praktiserende speciallæger. De inkluderer bl.a. ikke tandlæger, lægestuderende eller pensionerede læger. Læger ansat på hospitaler omfatter alle læger knyttet direkte til et hospital.

Note: 2. Tal for Storbritannien brugt som proxy for England.

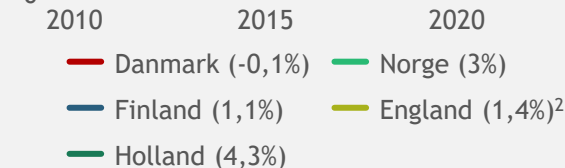
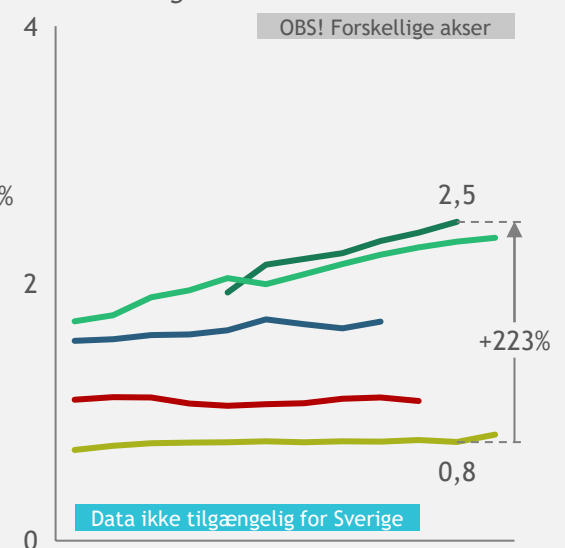
Figur 5.9: Antal sygeplejersker og jordemødre ansat på hospitalerⁱⁱ, 2010-2021

Pr. 1000 borger



Figur 5.10: Antal praktiserende læger ansat uden for hospitalerⁱⁱⁱ, 2010-2021

Pr. 1000 borger



Medarbejdere - langtidspleje | Stabilt niveau i både omsorgspersonale og sygeplejersker ansat i langtidspleje

Vækst sammenlignelig på tværs af faggrupper, men stor spredning i niveau

Figur 5.11 viser udviklingen i det totale antal ansatte i langtidspleje. Der ses her et stabilt niveau over tid og endog mindre fald i antallet af medarbejdere, som varetager langtidspleje, jf. fig. 5.11.

Der er samtidig store forskelle i niveauet - fra knap 15 medarbejdere pr. 1000 borgere i Danmark til godt 45 i Holland.

Generelt er der ikke overraskende væsentligt færre sygeplejersker pr. borger end omsorgspersonale.

Ser man særskilt på sygeplejersker er der store niveauforskelle, hvor Sverige og Danmark ligger lavest med hhv. 1,7 og 1,3 sygeplejersker pr. 1000 borgere, mens der i Holland er 6,7.

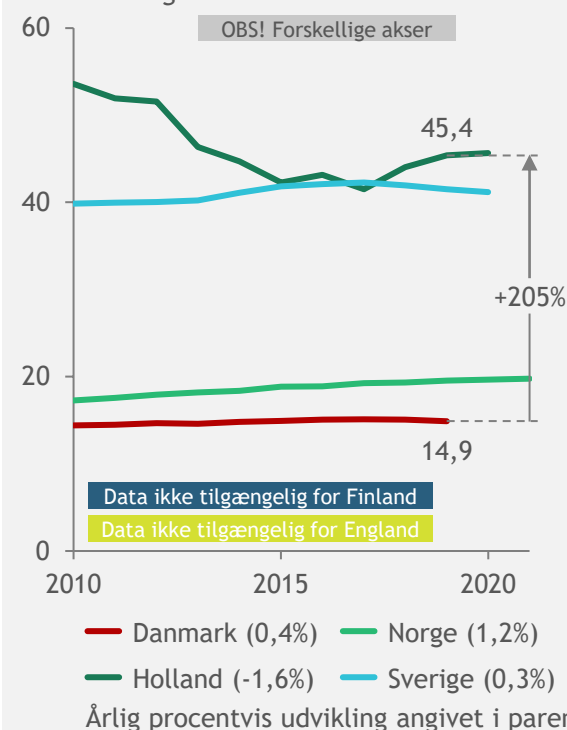
Danmark ligger også lavest ift. til antallet af omsorgspersonaler med 11,2 pr. 1000 borgere, mens Sverige har 21,9.

Det er interessant, at Sverige ligger lavest ift. sygeplejersker men langt over de øvrige lande ift. omsorgspersonale.

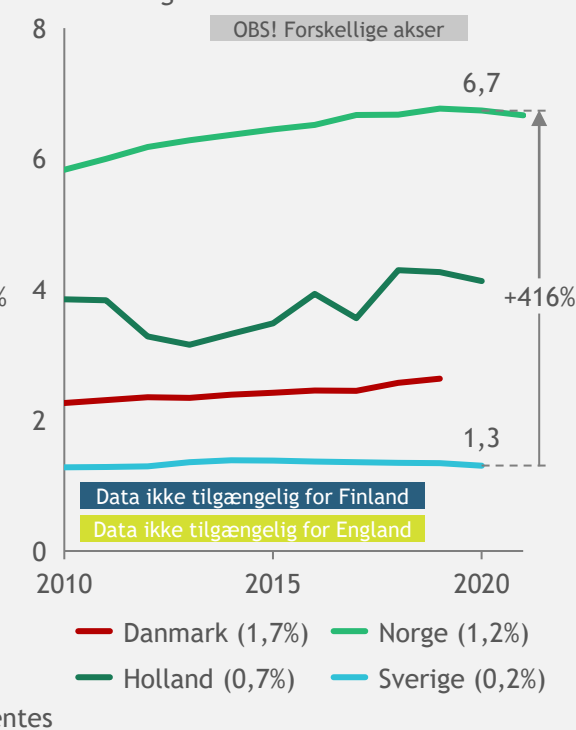
Den stagnerende udvikling i antal medarbejdere ansat i langtidspleje er interessant i lyset af den demografiske udvikling med et stigende antal ældre.

Det bemærkes dog, at niveauforskellene på tværs af variable kan skyldes forskelle i opgørelses- og indberetningsmetoder til OECD.

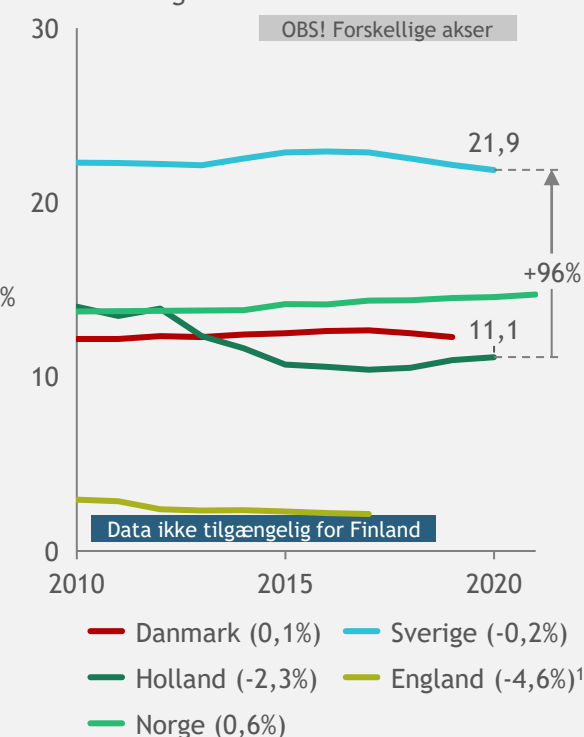
Figur 5.11: Total antal ansatte i langtidsplejeⁱ, 2010-2021
Pr. 1000 borger



Figur 5.12: Antal sygeplejersker ansat i langtidsplejeⁱⁱ, 2010-2021
Pr. 1000 borger



Figur 5.13: Antal omsorgspersonale ansat i langtidsplejeⁱⁱⁱ, 2010-2021
Pr. 1000 borger



Anvendte OECD variable: i. "Formal LTC workers, Total (nurses and personal carers)" divideret med totale antal borgere angivet i 1000; ii. "Formal LTC workers, Total nurses (at home and in institutions)"; iii. "Formal LTC workers, Total personal carers (at home and in institutions)".
Note: 1. Tal for Storbritannien brugt som proxy for England.

Case | Forløberen til Integrated Care Systems - PCN illustrerer, at administration skal tænkes ind i sundhedssystemer fra begyndelsen

Eksempler på klynge-tænkning i almen praksis kan give os værdifulde læringer

Til højre fremgår et casestudie fra England, hvor Primary Care Networks (PCN) blev etableret som en klyngeordning for alment praktiserende læger og øvrige sundhedsprofessionelle i primærsektor, mhp. at levere mere koordinerede ydelser og styrke kapaciteten.

Ordningen er i udgangspunktet populær blandt lægepraksisserne, men der er dog udfordringer ift. ressourcer til administration og rekruttering i dækningstruede områder.



Case | Primary Care Networks (2019)

Primary Care Networks består af almene praksisser, der integrerer sundhedsydelser i et område - og som lagde grundsten til de senere ICS'ere

Kontekst:

Et centralt element i Englands 'NHS Long Term Plan' i 2019 var oprettelsen af "Primary Care Networks" (PCN). Disse netværk er en gruppering af alment praktiserende læger, som arbejder tæt sammen med deres lokalsamfund og de dertilhørende sundhedspersoner, herunder fx leverandører af sociale indsatser, mental sundhed, farmaceuter, fysioterapeuter, mv. Formålet med PCN'er er, at levere bedre, mere koordinerede ydelser tættere på patientens hjem, at have øget fokus på forebyggelse og at styrke både kapacitet og modstandsdygtighed blandt leverandører af primære sundhedsydelser. Derudover giver PCN'er mulighed for at arbejde på en større skala og tilbyde en bredere vifte af ydelser til patienter - de tillader fx, at patienter kan få ydelser fra forskellige praksisser i et netværk afhængigt af hvor der er kapacitet. Det er ikke obligatorisk for almene praksisser at indgå i en PCN, men de fleste indgår.

Beskrivelse:

PCN'er leverer integrerede ydelser til en subgruppe af befolkningen på typisk 30-50.000 patienter. I 2020 var der allerede 1250 PCN'er fordelt udover England, og hver ledes af en klinisk direktør. Det er planen, at PCN'er skal kunne varetage syv sundhedsydelser; medicingennemgange, plejecentre, tidlige kræftdiagnoser, forebyggende behandling, personlig behandling og støtte, opsporing af hjerte-kar sygdomme, og lokale initiativer mhp. at forbedre ulighed i sundhed. Finansieringen bygger på "directed enhanced services payments (DES)", som er i tillæg til de normale takster for en almen praksis. Kun praksisser, som er medlem af PCN'er, indgår i initiativerne og kan modtage denne ekstra betaling.

Resultater og læring:

PCN'er er en byggesten for ICS'erne (se case side 19), og er siden deres introduktion i 2019 blevet mere og mere populære blandt almene praksisser. Dog oplever PCN'er stadig flere udfordringer. I lægedækningstruede områder kan det være vanskeligt at rekruttere relevant personale til praksis, og samtidig har forskning vist, at patienter generelt har et blandet forhold til de større praksisser. Der er bedre mulighed for hurtig adgang, men patienter som har komplicerede forløb, er bange for at miste kontinuiteten i behandlingen. Derudover har forskning vist en stor heterogenitet i PCN'er. 58 pct. af PCN'er har den anbefalede størrelse på 30-50.000 patienter, men 7 pct. har færre end 30.000 patienter, og 35 pct. har flere end 50.000 patienter tilknyttet. PCN'er har desuden ikke en defineret allokering af midler til administrationsudgifter pr. borger, og de kliniske direktører, der leder og administrerer PCN'er, aflønnes kun med 0,25 FTE for deres administrative arbejde. Det har ført til opsigelser eller kortere vikarierende kontrakter grundet det høje arbejdspress.

Case | Vårdvalsreformen i Sverige gav friere valg, men har ikke ledt til bedre patientresultater

Frit valg af almen praksis og øget konkurrence ledte til 1 pct. færre indlæggelser, men flere akutte henvendelser

Til højre fremgår et casestudie fra Sverige, som gennem en reform af almen praksis gav patienter frit valg af Vårdscentral (lægehus /sundhedshus), og tillod konkurrence om patienterne mellem praksis. Samtidig blev en større andel af honoraret givet som basis-honorar på baggrund af antallet af patienter.

Hensigten var at styrke sundheden for patienterne gennem øget konkurrence. Man har dog ikke kunnet se de forventede resultater, og reformen kritiseres for at have medført øget ulighed i sundhed.



Case | Vårdvalsreformen (2010)

Fritvalsreformen af vårdcentraler har ikke ført til bedre patientresultater

Kontekst:

Vårdcentraler er den svenske udgave af de danske lægehuse/sundhedshuse, med 4-8 læger under samme tag, og derudover andre sundhedsprofessionelle, som sygeplejersker, jordemødre m.m. Vårdcentraler drives som selvstændige virksomheder og er derfor ansvarlige for eget budget. Vårdcentraler er ejet enten af regionerne eller af private virksomheder, og er ansvarlige for at levere primære sundhedsydelser til registrerede patienter. Sundhedsprofessionelle ved vårdcentraler er ansat og modtager løn.

I 2010 valgte man at liberalisere etableringen af private vårdcentraler, og indføre frit valg af vårdcentral i hele landet. Samtidig ændrede man basishonorar til at være den primære kompensationsmetode - til forskel fra en aktivitetsbaseret model.

Beskrivelse:

Tankegangen bag dette var, at man med en liberalisering kunne introducere markedskræfter på området for almen praksis og primære sundhedsydelser, og på den måde kunne sænke udgifterne samt øge effektiviteten. Indtil 2010 var langt størstedelen (~75 pct.) af vårdcentralerne offentligt ejede, men efter reformen skete der en kraftig vækst i antallet af private vårdcentraler (45 pct. in 2021). Reformen tillader enhver organisation at oprette en vårdcentral i et geografisk område med betaling ud fra hvor mange patienter, der er tilknyttet. Derudover giver reformen mulighed for, at patienterne frit kan vælge, hvilken vårdcentral de vil være tilknyttet, og de kan også få behandling ved vårdcentraler, som de ikke er tilknyttet. Regionerne kontrollerer etableringen ved at regulere kliniske kompetencer og andre organisatoriske aspekter (fx minimumskriterier for bemanning, faciliteter og kvalitet samt åbningstider) og ved at regulere økonomiske vilkår for betalinger. Basishonorar, justeret for risiko, er den dominerende betalingsform, og anses for at stimulere innovation og skabe incitamenter til øget omkostningseffektivitet, patientsikkerhed og forebyggelse.


Vårdcentraler tilbyder telemedicin i form af fx online konsultationer med praktiserende læger, sygeplejersker og psykologer. Derudover har der været pilotprojekter ift. andre digitale ydelser som fx fjernovervågning af patienter med kroniske lidelser og "telederma-toskopi", hvor vårdcentraler sender billeder af mistænkelige hudforandringer hos patienter til hudlæger for fjernundersøgelse.

Resultater og læring:

Omlægningen førte til en øgning i antallet af lægekontakter pr. patient med læger i vårdcentralen, men dette skete dog kun i velstillede områder¹. Samtidig så man, at reformerne ikke forbedrede de mindst velstillede patienters helbred¹. Forskning viser desuden en 1 pct. reduktion i antallet af hospitalsindlæggelser, men samtidig en 1,1 pct. øgning i antallet af besøg på akutklinikker.¹ De begrænsede effekter af Vårdvalsreformen har medført en kritik af, at reformen gør helbred til et spørgsmål om geografisk placering af klinikker og antallet af patienter i stedet for at forbedre sundheden for de patienter, som har mest brug for det.



Notatets indholdsfortegnelse

1. Ledelsesresumé	2
2. Rapportens opdrag, formål, tilgang og grundlag	5
3. Introduktion til de udvalgte lande	7
4. Forvaltningsstrukturer og opgavefordeling	12
5. Ressourcer og aktiviteter i sundhedsvæsenet	31
 6. Større reformer og tiltag	44
Appendiks	51
A. Større reformer og tiltag	52
B. Litteraturliste	58

Kapitel 6

Større reformer og tiltag

Dette kapitel belyser erfaringer fra større reformer og tiltag, som har til formål at ændre struktur, styring og/eller organisering af sundhedsvæsenet

Kapitlets analyse giver anledning til en række overordnede observationer:

1

Formålet med reformerne | Der er meget enslydende mål og hensigter med reformerne på tværs af lande og de udfordringer de søger at imødekomme: Sikre bedre koordination på tværs af sektorer, sikre mere lige adgang og kvalitet, styrke indsatsen til kronikere, og levere mere sundhed for pengene.

2

To forskellige tilgange til reformer | 1) Transformativ ændringer med omfattende omstruktureringer af sundhedsvæsenet i England og Finland. 2) Mere inkrementelle ændringer med ny regulering, målrettede puljer og aftaler i Holland, Norge og Sverige.

3

Transformativ reformer | I både Finland and England blev der etableret nye geografiske enheder med ansvar for planlægning og levering af sundhedsydelser. Disse varierer meget i størrelse - i gennemsnit 1,5 mio. borgere i England, 250 000 borgere i Finland.

4

Inkrementelle reformer | I de øvrige lande (Holland, Norge og Sverige) har tilgangen varieret. Hvor Norge har en top-down tilgang med central styring, ny lovgivning og finansiering, har Sverige og Holland mere bløde implementeringsgreb med aftaler og bottom-up løsninger uden store nationale lovændringer.

Kapitel 6 | Oversigt over udvalgte større tiltag på tværs af lande de senere år

Introduktion til kapitlet

Alle de udvalgte lande har gennemført betydelige ændringer i sundhedsvæsenets struktur, organisering og styring over tid men med forskellige udgangspunkter og formål.

I dette kapitel præsenteres en overordnet beskrivelse af større struktur- og styringstiltag på tværs af lande. Herunder indgår en beskrivelse af baggrunden for de forskellige tiltag og formål samt centrale aspekter ift. vedtagelse og implementering mv. af de enkelte tiltag.

Kapitlet går i dybden med én reform pr. land, som er udvalgt, fordi reformerne har samme fokus men er meget forskellige ift. hvordan de er udviklet, implementeret og modtaget. Hensigten er her at vise bredden i sundhedsreformer, de drivende kræfter bag dem, deres implementering og konsekvenser.

Kapitlet bygger på eksisterende beskrivelser, evalueringer og analyser af reformer. En længere liste over reformer og tiltag i de udvalgte lande findes i appendix A.

Sundhedsstrukturreformer på tværs af lande Ensartede udfordringer og mål

Reformerne af sundhedsvæsenet har på tværs af lande i vidt omfang haft fokus på at løse de samme udfordringer: Manglende koordinering mellem sektorer, ulig adgang og kvalitet på tværs af geografi, ulighed i sundhed samt behov for at reducere udgifter.

Disse udfordringer opleves stigende i landene i takt med demografiske ændringer, medicinske fremskridt (og deraf stigende behov for prioritering) og begrænsninger i ressourcer.

Kilde: BCG analyse

Derfor ses der også meget enslydende mål med reformerne på tværs af lande: Understøtte bedre koordination, sikre kvalitet i adgang og service, styrke forebyggelsen ift. bl.a. kronikergrupperne, og levere mere sundhed for pengene.

Der ses også en tendens til, at reformerne har haft et langsigtet mål om at styrke sundhedsvæsenets muligheder for at håndtere fremtidige udfordringer. Uanset de mange ligheder skal reformerne dog ses i det konkrete lands kontekst, da de i høj grad er påvirket af sundhedsvæsenets historie og strukturelle vilkår. På næste side ses et overblik over reformer i de fem lande, og efterfølgende udfoldes de som cases.

To overordnede tilgange til reformer

Vi ser på tværs af lande to forskellige tilgange til reformer i sundhedsvæsenet - en *transformativ* (EN og FI) og en *inkrementel* (NO, SE og NL).

For begge typer reformer er målene i vidt omfang de samme. Der ses også en tendens til, at eksekvering kan være udfordrende for begge typer, da landene har flere enheder som historisk har haft forskellige lederskab, finansiering og en høj grad af autonomi. Herudover påvirkes landene af recession, udfordringer med at få tilstrækkelig arbejdskraft på sundhedsområdet samt opgaveophobning fra COVID-19.

Transformativ reformer i England og Finland

De to lande har begge for nylig indført meget radikale strukturelle ændringer af sundhedsvæsenet. I begge lande er der etableret nye enheder, som skal varetage sundhedsydelse på tværs af primær- og sekundærsektor.

Der ses en afvejning mellem effektivitet og stordriftsfordele i større enheder på den ene side og fleksibilitet og responsivitet i de mindre enheder på den anden side.

Størrelse på regionerne: I Finland har de nye velfærds-serviceregioner typisk 250.000 borgere men varierer mellem 30 - og 600.000. I England er den gennemsnitlige ICS 1,5 mio. borgere, og de varierer mellem 0,5 og 3,5 mio.

Målene med reformerne er i vidt omfang de samme, men motiverne varierer. I Finland har en administrativ centralisering længe været et ønske, og den aktuelle reform anses som et kompromis i den forbindelse. I England er reformen et element i NHS' tiårsplan fra 2019.

Modtagelsen er meget forskellig: Hvor ICS'erne generelt er blevet godt modtaget, har velfærdsserviceregionerne fået kritik for ikke at løse de oplevede udfordringer.

Inkrementelle reformer i Sverige, Norge og Holland






Målene er her at styrke koordination og primærsektor samt reducere anvendelsen af hospitaler. Forskellen ligger i en balance mellem at opnå målene og fastholde lokal autonomi.

Statens rolle varierer: I Norge har staten stor indflydelse på den sekundære sektor, kommunerne står for de primære sundhedsydelse men med et statslige budget. I Sverige er sundhedsydelse decentraliseret til regioner og kommuner, mens de i Holland fungerer mere på markedsvilkår.

Forskellige implementeringsgreb: I Norge mere normerende og med større statslig kontrol, i Sverige blødere aftaler med kommuner og regioner, og i Holland som ny policy men den praktiske implementering er lagt ud til systemet.

Modtagelse: I Norge kritisk men det har banet vej for en reform af den primære sektor. I Sverige er ændringerne mest på strategisk niveau og opleves mindre i praksis. I Holland har reformen medført stigende udgifter til multimorbide patienter og begrænset substitution fra sekundær til primærsektor.

Oversigt over større tiltag i de udvalgte lande

Land	Tiltag	år	Baggrund/formål	Ansvar og implementering	Litteraturoversigt
	Health and Care Act	2022	<p>Etablering af integrerede lokale enheder Formål: Kernen i Health and Care Act er Integrated Care Systems (ICS'er): 42 juridiske enheder på tværs af landet der står for ressourcfordeling og udvikling af den lokale strategi for sundhedsvæsenet og sociale indsatser. Formålet er at fremme samarbejde mellem system-partnere (fx NHS org. og lokale myndigheder) mhp. at forbedre resultater, takle uligheder og øge produktivitet</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Top-down pres gennem national lovgivning • Vedtaget i parlamentet i april 2022; Den største ændring af det nationale sundhedssystem i et årti 	<ul style="list-style-type: none"> • UK Public General Acts • King's fund • British Medical Association • NHS providers • Hewitt Review: an independent review of integrated care systems
	Finlands "Sote-uudistus" reform af sundheds- og socialområdet	2023	<p>Centralisering af ansvar og ressourcer på regionalt plan Formål: Forbedre adgang til social- og sundhedsydelser af høj kvalitet, især til primærsektor samt reducere ulighed i sundhed. Reformen indebærer reorganisering af offentlige sundheds- og sociale ydelser i Finland</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bred enighed om behovet for at reformere det finske sundhedssystem, men det var en udfordring at nå frem til en gennemførlig politisk konsensus • Top-down pres gennem lovgivning 	<ul style="list-style-type: none"> • Reform af sundheds- og socialvæsenet
	Oprettelse af "Care Groups"	2010	<p>Bundtbetaling for integreret behandling af kroniske patienter Formål: Fokus på forbedret og mere integreret håndtering af kroniske sygdomme, øget økonomisk og klinisk ansvar i primærsektor - dog baseret på frivillig deltagelse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Regeringen samarbejdede tæt med ekspertgrupper, hospitalsalliancer, internationale konsortier og en lang række andre interessenter 	<ul style="list-style-type: none"> • Bundled payments for chronic diseases /.../ in the Netherlands (Health Pol 2021) • Hollands Institut for Folkesundhed og Miljøet (1; 2)
	Samhandlingsreform	2012	<p>Bedre koordinering af primær- og hospitalsbehandling Formål: Forbedret koordinering af sundhedsydelser mellem kommuner og hospitaler. Målet er, at patienten modtager den rigtige behandling på det rigtige tidspunkt og sted</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De vigtigste politiske virkemidler var national lovgivning, finansielle instrumenter og etablering af obligatoriske samarbejdsaftaler mellem kommuner og sygehuse 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluering av samhandlingsreformen • BMC Health Services Research
	Omställning till god och nära vård	2018-	<p>Styrket rolle for den primære pleje Formål: Styrke primærsektor på både kommunalt og regionalt niveau og forbedre koordinering på tværs af sektorer</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gradvis overgang. Vigtigste redskaber er målrettede statstilskud og aftaler mellem regeringen og repræsentanter for regionale og lokale myndigheder, som understøttes af en række nye centrale love 	<ul style="list-style-type: none"> • Överenskommelse Mellan staten och Sveriges kommuner och Regioner • Vårdanalys



Case | Health and Care Act (2022) Etablering af integrerede lokale enheder

Baggrund og formål:

Det primære mål i Englands 'Health & Care Act' er at tilvejebringe et juridisk rammeværk, der støtter samarbejde og partnerskaber mhp. at integrere ydelser. Det sker gennem fastlæggelse af integrated care systems (ICS) som juridiske enheder, der samler NHS organisationer ("trusts"), lokale myndigheder og andre systempartnere (fx almen praksis) mhp. at tage et kollektivt ansvar for sundhedsydelser i et område på mellem 500.000-3,5 mio borgere. ICS'er står for både planlægning og indkøb af sundhedsydelser, og hensigten med disse er at samle både indkøbere ("commissioners") og leverandører af ydelser mhp. at målrette sundheds- og sociale tilbud til lokale behov (se case side 19). Udover at videreudvikle integration mellem sundhed- og sociale indsatser indeholder loven en række andre tiltag, herunder **1)** udvidelse af Departementschefens (Secretary of State for Health) beføjelser til at styre NHS, **2)** støtte til datadeling mellem udbydere af sundhed og sociale indsatser samt indførelse af et livstidsloft for brugerbetaling til personlig pleje.

Proces, vedtagelse og implementering:

- 2019, jan.: NHS udgav 'NHS Long Term Plan', en 10 års-strategi for NHS. Planens kerne er et løft i primærsektor gennem ICS'er
- 2021, jul.: Forslaget til Health and Care-loven fremsættes i parlamentet
- 2022, apr.: Forslaget vedtages i parlamentet
- 2022, jul.: Alle ICS'er er operationelle som juridiske organer

Tidligere regeringstiltag har over flere årtier understøttet stærke uafhængige organisationer, hvori ledere opfordres til at fokusere på deres egen organisations interesse. De nye partnerskabsbaserede strukturer i form af ICS'er giver derimod anledning til mere samarbejde og koordineret behandling, mindre juridisk bureaukrati og et skarpere fokus på forebyggelse, reduktion i ulighed og styrket sociale indsatser. Loven bemyndiger ikke en 'one-size-fits-all'-tilgang og indeholder ikke detaljerede krav til, hvordan øget samarbejde skal opnås. ICS'erne har således frihed til at tilpasse ydelser til lokale behov.

Resultater og læring:

Uafhængige evalueringer anbefaler yderligere tiltag, der erstatter nedarvet top-down resultatstyring med et større fokus på læring og forbedring, eksempelvis gennem færre nationale mål og dertilhørende prioritering af lokale mål, og ved at rammesætte kvalitetsvurderinger som feedback til udvikling snarere end compliance-tjek.



Case | Finlands "Sote-uudistus" reform af sundheds- og socialområdet (2023) Centralisering af ansvar og ressourcer på regionalt plan

Baggrund og formål:

Ansvar for organisering af sundhedsydelser samt sociale tilbud og ydelser blev overført fra kommuner til 21 større velfærdsserviceregioner (~30-600k personer) og Helsinki by 1. januar '23. Hovedformålet med "Sote-uudistus" reformen var at give bedre adgang til ydelser af høj kvalitet, især i primærsektor, samt at mindske ulighed i sundhed. Overordnet sigtes der mod at integrere sundhedsydelser og sociale tilbud og ydelser.

Proces, vedtagelse og implementering:

- 2021, jun.: Reform godkendt af parlamentet
- 2021, sept.: Velfærdsserviceregioner oprettet under midlertidige administrationer
- 2022, jan.: Første valg til råd i velfærdsserviceregioner; råd i drift fra marts 2022
- 2023, jan.: Overdragelse af ansvaret for organisering af sundheds- og sociale ydelser til velfærdsserviceregionerne (inkl. 170k+ personale, aktiver) inkl. finansiering heraf

Siden årtusindeskiftet har en række centrale regeringer i Finland forsøgt at reformere sundhedsvæsenet (inkl. sociale indsatser) for at øge størrelsen af de administrative enheder, der organiserer tjenester. Forslagene er slået fejl pga. juridisk inkonsistens og politiske uenigheder. I den endeligt vedtagne reform var der nogle væsentlige forskelle fra tidligere forslag: **1)** En særlig løsning for Uusimaa-regionen, herunder Helsinki by; **2)** Rollen for private virksomheder og valg af behandling for borgere blev kraftigt nedtonet; **3)** En langsigtet løsning på finansieringen af velfærdsserviceregioner er endnu ikke fastsat.

Resultater og læring:

Ansvar for organiseringen af sundhedsydelser og sociale tilbud og ydelser ligger nu hos økonomisk stærkere organer, om end de nye regioner er små sammenlignet med tilsvarende regionale enheder i andre nordiske lande. Den administrative reform er dog kun begyndelsen - det egentlige arbejde med at forbedre tjenester skal udføres af de selvstyrende velfærdsserviceregioner og deres tilhørende råd. Den samlede reform betragtes som strukturel og administrativ men mangelfuld ift. konkrete forslag, der kan lede opfyldelse af reformens mål. Herudover kritiseres finansieringsprincipperne - regionerne er hovedsageligt finansieret af staten og kan ikke selvstændigt træffe beslutning om finansiering, da de ikke har beskatningsret (hvilket kommunerne havde).



Case | Oprettelse af "Care Groups" (2010) Bundtbetaling for integreret behandling af kroniske patienter

Baggrund og formål:

Holland indførte i 2010 "bundtbetaling" ("bundled payments"/samlet betaling) for indsatsen til patienter med kroniske sygdomme. Med dette system får grupper af primære sundhedsprofessionelle (typisk alment praktiserende læger), kaldt "Care Groups", en årlig refusion fra forsikringselskaberne for den samlede behandling af patienter med KOL, diabetes eller kardiovaskulær sygdom. Dette dækker den primære behandling, dvs. ydelser til håndtering af sygdommen samt til reduktion af risiko for komplikationer.

Care Groups er juridiske enheder der drives som selvstændige virksomheder. De består af et frivilligt partnerskab af 4-150 udbydere i primærsektor (hovedsageligt alment praktiserende læger), og varetager organisering af integrerede programmer for udvalgte kroniske lidelser. Care Groups sørger for at behandlingen udføres, enten af gruppen selv eller af underleverandører. Bundtbetalingen dækker tværfaglige ydelser baseret på de nationalt etablerede standarder.

Det overordnede mål med initiativet er at fjerne hindringer for samarbejde og at sikre midler til elementer, der ikke direkte involverer behandling, fx koordinering. Patientindskrivning til programmet er frivilligt og baseret på inklusions- og eksklusionskriterier.

Proces, vedtagelse og implementering:

- 2005: Handlingsplan for forbedring af diabetesbehandlingen, udarbejdet af en national diabetes-taskforce, førte til implementering af ordninger for bundtbetaling
- 2008: Det hollandske sundhedsministerium offentliggjorde hvidbogen "Programmatic Approach to Chronic Diseases", der forudså skalering af betalingsordningen
- 2010: Det hollandske parlament implementerede bundtbetaling nationalt og udvidede det til tre andre lidelser; parallelt hermed blev Care Groups til en ny juridisk enhed.

Resultater og læring:

Modellen har fokus på klinisk ekspertise, idet Care Groups ledes af udbydere, der kan bruge klinisk viden til at opnå effektiv pleje af høj kvalitet. Derudover har reformen et "up-stream" fokus idet hensigten er at forbedre ydelser i primærsektor for at forhindre dyr, specialiseret pleje. Alligevel ses det i evalueringer, at sundhedsudgifterne steg efter reformen, især for multimorbide patienter.



Case | Samhandlingsreform (2012) Bedre koordinering af primær- og hospitalsbehandling

Baggrund og formål:

Hovedformålet med samhandlingsreformen ("Coordination Reform") var at forbedre koordineringen mellem kommunernes primære sundhedstjenester og sygehusene og at tilskynde kommunerne til at udvide de lokale, primære sundhedstjenester. Hensigten var at reducere de samlede omkostninger og forhindre unødvendig hospitalsbehandling samt muliggøre tidligere udskrivning, ikke mindst blandt ældre med kroniske sygdomme.

Proces, vedtagelse og implementering:

- 2008: Norsk lovforslag om "Samhandlingsreform" offentliggjort
- 2009-2010: Omfattende høringsrunder med interessenter og i parlamentet
- 2011: Endelig lovgivning vedtaget med bred parlamentarisk støtte
- 2012: Den nye lov træder i kraft.

Nøglelovgivning: Lov om kommunal sundhed og pleje; lov om offentlig sundhed.

Reformen indførte flere centrale ændringer: Kommunerne fik det fulde ansvar for patienter, der var klar til at blive udskrevet fra sygehusene og fik medansvar for finansieringen af sygehusbehandlingen. Kommunerne fik finansiel støtte til håndtering af det øgede kommunale ansvar og et system med samarbejdsaftaler blev indført. Det kommunale medfinansieringsansvar fungerede ikke tilfredsstillende, fx blev den økonomiske risiko for kommunerne vurderet til at være for høj. Denne blev derfor udfaset i 2015.

Resultater og læring:

Den samlede konklusion fra en gennemgang i 2016 er at reformen ikke har bidraget til at realisere målene, for eksempel førte den ikke til reduceret brug af specialpleje eller hospitalsindlæggelser.

Dette lagde fundamentet for den efterfølgende reform af den primære sektor og folkesundhed - en strategi, der omfatter arbejde i tværfaglige teams, som er tilpasset patientgruppernes forskellige behov, samt bedre uddannelse til sygeplejersker, så de i højere grad kan overtage opgaver fra alment praktiserende læger.



Case | "Omställning till god och nära vård" (2018) Styrket rolle for den primære pleje

Baggrund og formål:

Målet med reformen fra 2018 er, at patienten får en god, tæt og koordineret behandling, der fremmer sundhed på en effektiv måde. Reformen har karakter af en langsigtet omstillingsplan, der har til formål at udvikle en stærk primærsektor som fundament for, at sundhedsvæsenet kan håndtere både aktuelle og fremtidige udfordringer. I den sammenhæng skal sundhedsvæsenet blive mindre hospitalscentreret og mere fokuseret på primærsektor. Samlet set sætter reformen større fokus på udbydere af primære sundhedsydelser, som skal have et bedre samspil med den specialiserede indsats, kommunernes sociale indsatser og andre aktører.

Reformen sigter mod øget tilgængelighed, mere personcentrerede indsatser og øget kontinuitet i primærsektor og består af følgende fokusområder:

- Rolle og funktion for primærsektor skal tydeliggøres
- Ambulant behandling skal styrkes med primærsektor som omdrejningspunkt (forbedret koordinering i og mellem sundhedsudbydere, forbedret adgang, introduktion af patientkontrakter, øget kontinuitet og inddragelse for og af patienter og pårørende og derudover sundhedsfremme og forebyggelsesarbejde
- Prioritering af digitale initiativer
- Styrket samarbejde mellem regioner og kommuner
- Mitigering af mangel på praktiserende læger og forbedrede forhold for sundhedspersonale generelt
- Lettere adgang til sundhedsdata for medarbejdere og borgere.

Proces, vedtagelse og implementering:

- 2018: Social- og sundhedsministeriet (Socialdepartementet) præsenterer hvidbog med mål og forslag til plan
- 2019-2023: Årlige aftaler mellem Socialdepartementet og SKR ("Sveriges Kommuner och Regioner") om at støtte arbejdet i regioner og kommuner i forbindelse med omstillingen
- 2019: Ny lov træder i kraft og styrker garanti for adgang til primærsektor inden for en tidsramme
- 2022: Nye love vedrørende primærsektor træder i kraft: 1) Mission for primærsektor blev udvidet; 2) Valg af sundhedshus (vårdcentral) skal ske på forhånd, og kan kun ændres to gange om året
- 2023: Nye love træder i kraft: Mulighed for at kommunale og regionale sundhedsudbydere kan dele patientinformation gennem direkte adgang.


Regeringen bruger en kombination af lovgivning, aftaler med SKR og økonomisk bidrag til at støtte overgangen.

Resultater og læring:

Hvor langt regioner og kommuner er kommet med gennemførelsen af overgangen varierer på tværs af landet. Der opleves generelt bred støtte til reformens mål, men der savnes konkrete resultater trods mange igangværende aktiviteter. Betingelserne for den primære sektor er stort set uændrede og de økonomiske ressourcer og adgangen til kompetence vurderes ikke til at svare til stigningen i antallet af opgaver.



Notatets indholdsfortegnelse






1. Ledelsesresumé	2
2. Rapportens opdrag, formål, tilgang og grundlag	5
3. Introduktion til de udvalgte lande	7
4. Forvaltningsstrukturer og opgavefordeling	12
5. Ressourcer og aktiviteter i sundhedsvæsenet	31
6. Større reformer og tiltag	44
 Appendiks	51
A. Større reformer og tiltag	52
B. Litteraturliste	58






Notatets indholdsfortegnelse

1. Ledelsesresumé	2
2. Rapportens opdrag, formål, tilgang og grundlag	5
3. Introduktion til de udvalgte lande	7
4. Forvaltningsstrukturer og opgavefordeling	12
5. Ressourcer og aktiviteter i sundhedsvæsenet	31
6. Større reformer og tiltag	44
Appendiks	51
A. Større reformer og tiltag	52
B. Litteraturliste	58







England | Reformerne sigter mod større integration af pleje og tværsektorielle partnerskaber, der forbedrer lokalbefolkningens sundhed og trivsel

Land	Initiativ	År	Beskrivelse	Kilde(r)
	Health and Care Act	2022	Den største lovgivningsmæssige ændring af NHS i et årti, som ophæver mange af de ændringer, der blev indført med "Health and Social Care Act" fra 2012. Den formaliserer ICS'er som "indkøbere" ("commissioners") af lokale, offentlige tjenester og giver også Departementschefen (Secretary of State for Health and Social Care) øget beføjelse over sundhedsvæsenet. Den politiske hensigt er, at indkøbere og leverandører af sundhedsydelser og sociale indsatser i de nye ICS'er i stigende grad skal arbejde hånd i hånd for at planlægge ydelser for deres befolkninger.	<ul style="list-style-type: none"> • An independent review of integrated care systems (Patricia Hewitt) • The Health and Care Act 2022 (The King's Fund) • British Medical Association
	NHS Long-Term plan	2019	NHS England og andre nationale agenturer offentliggjorde "NHS Long Term Plan" i 2019 - en 10-årig strategi for forbedring og reform af NHS. Planen havde til formål at udvide primærsektoren (bl.a. gennem udvikling af Primary Care Networks, (PCN'er), styrke indsatsen inden for forebyggelse samt sundhedulighed og forbedre behandlingskvalitet. Det blev forventet, at ICS'er blev etableret for at lede serviceforbedringer på tværs af lokalsamfund på ca. 1-3 millioner borgere. Som en central del af planen, samler PCN'er almene praksisser for at arbejde i større skala. Alment praktiserende læger arbejder sammen med lokalsamfund og leverandører af ydelser inden for mental sundhed, sociale indsatser, farmaci og frivillig sektor i deres lokalområder i PCN'er. NHS England har beskrevet PCN'er som byggestenen for de senere ICS'er.	<ul style="list-style-type: none"> • United Kingdom: health system review 2022 (European Observatory on Health Systems and Policies) • NHS England
	NHS Five Year Forward View	2014	"NHS Five Year Forward View" blev offentliggjort i 2014 og afviste tanken om at fremme konkurrence mellem sundhedsleverandører for i stedet at fremme samarbejde og integration af tjenester inden for NHS og mellem sundhed og sociale indsatser ("social care"). Trods manglen på en plads i den formelle NHS-struktur, etablerede de nationale NHS-ledere regionale partnerbestyrelser bestående af NHS "indkøbere", leverandører og lokale myndigheder - først kaldet "Sustainability and Transformation Partnerships" i 2015, og derefter ICS'er, for at planlægge lokale ydelser og i fællesskab forvalte begrænsede ressourcer.	<ul style="list-style-type: none"> • United Kingdom: health system review 2022 (European Observatory on Health Systems and Policies)
	Care Act	2014	Reform af sociale indsatser ("social care") på voksenområdet definerede formålet med sociale indsatser som fremme af trivsel, herunder: Forbedring af menneskers fysiske og følelsesmæssige sundhed, forhold til andre, kontrol over deres liv, deltagelse i arbejde, uddannelse, træning eller fritid, bæredygtighed i boligsituation m.m. I 2014 fremsatte "Care Act" et loft over det maksimumsbeløb, som en person skulle betale for personlig pleje på voksenområdet. Loftet blev dog ikke indført, og personlig pleje på voksenområdet modtog fortsat begrænset statsstøtte. I 2021 meddelte regeringen, at der i 2023 vil blive indført et loft for plejeomkostningerne på 86.000 GBP. Dette loft over udgifterne til pleje var en del af "Health and Care Act" i 2022.	<ul style="list-style-type: none"> • United Kingdom: health system review 2022 (European Observatory on Health Systems and Policies)
	Health and Social Care Act	2012	"Health and Social Care Act" fra 2012 indførte omfattende ændringer af strukturen i NHS og søgte at styrke konkurrencen i det engelske sundhedsvæsen og decentralisere beslutningstagningen. Der blev oprettet "Clinical Commissioning Groups" (CCG'er) til at indkøbe de fleste lokale sundhedstjenester. En indledende uafhængig vurdering af reformen i 2015 konkluderede, at ændringerne havde været "skadelige og distraherende" for NHS.	<ul style="list-style-type: none"> • United Kingdom: health system review 2022 (European Observatory on Health Systems and Policies)





Finland | Bred enighed om behovet for at reformere sundhedssystemet, men det var en udfordring at nå frem til en gennemførlig politisk konsensus

Land	Initiativ	År	Beskrivelse	Kilde(r)
	"Sote-uudistus" reform af sundheds- og socialområdet	2023	Omstrukturerede organiseringen af offentlige sundhedsydelser samt sociale tilbud og -ydelser i Finland. Ansvar for organisering af sundhedsvæsenet, sociale tilbud og -ydelser samt redningstjenester blev overført fra kommuner og fælleskommunale myndigheder til 21 nyetablerede velfærdsserviceregioner samt Helsinki by pr. 1. januar 2023.	<ul style="list-style-type: none"> • Finnish Government - Health and social services reform
	Regeringens forslag til reform af den regionale regering og sundheds- og socialområdet	2015-2019	<p>Idéen lignede 2023-reformen: 18 nye administrative amter med demokratiske folkevalgte råd ville være ansvarlige for de fleste former for sundhedsydelser, som ville få alle midler fra centralregeringen. Derudover omfattede reformen en omfattende patientvalgs- og konkurrencemodell, som blev fundet uforenelig med den finske forfatning.</p> <p>Forslaget havde store udfordringer på grund af de mange forskellige meninger, der repræsenterede forskellige præferencer, hvilket ultimativt fik reformen til at kollapse, hvorefter hele regeringen gik af.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Why did Social and Healthcare Services Reform Fail in Finland? • Finland: health system review 2019 (European Observatory on Health Systems and Policies)
	Forslag fra alle partier om reform af sundhedsvæsenet og sociale indsatser	2011-2014	<p>Efter en række mislykkede forsøg på at styrke samarbejdet mellem kommuner i 2000'erne, forsøgte to regeringer at etablere større kommuner i løbet af 2011-2014. Den næsten enstemmige opfattelse var, at organiseringen af bedre sundhedsydelser ville kræve en befolkning på mindst 200.000. Planen var oprindeligt at opnå dette ved at konsolidere kommunerne til større enheder, men forslaget fik ikke politisk tilslutning. Et nyt forslag blev udviklet, baseret på etableringen af fem overordnede regionale enheder til organisering af sundhedsydelser samt sociale tilbud og -ydelser. Det ville dermed være en kraftig reduktion i antallet af enheder der varetager ydelser. Finansieringssystemet ville dog have været det samme uden ændringer i kommunernes økonomi ift. sundhedsydelser.</p> <p>Forslaget blev dog afvist af Grundlovsudvalget på grund af konflikter med den finske forfatning vedrørende kommunernes selvstyre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Why did Social and Healthcare Services Reform Fail in Finland? • Finland: health system review 2019 (European Observatory on Health Systems and Policies)



Holland | Med større reformer blev der indført en markedsmekanisme for at skabe incitament til en mere effektiv tilrettelæggelse af sundhedsvæsenet

Land	Initiativ	År	Beskrivelse	Kilde(r)
	Aftale om integreret sundhed	2022	Aftale indgået af parter, der repræsenterer hele sundsvæsenet (undtagen almen praksis) mhp. at sikre høj kvalitet, tilgængelighed og et økonomisk overkommeligt sundhedsvæsen i fremtiden. Aftalen løber over fire år, hvor interessenter i fællesskab forpligter sig til at arbejde mod et hensigtsmæssigt brug af ydelser mhp. at yde støtte tættere på og med mere tid til patienten. Interessenter er yderligere forpligtet til mere regionalt samarbejde, styrkelse af den primære sektor, fokus på forebyggelse og bedre arbejdsvilkår for sundhedspersonale.	<ul style="list-style-type: none"> The Integrated Healthcare Agreement - where do we go from here? (Public Matters) 'Historic' healthcare agreement signed, except by GPs (NL Times)
	Resultatbaseret sundhedsydelser, 2018-2022	2018	5-års plan for resultatbaserede sundhedsydelser, der sigter mod at forbedre gennemsnittet af resultater, så oplysninger omkring resultater vil være tilgængelige for 50 pct. af sygdomsbyrden i 2022.	<ul style="list-style-type: none"> Government of Netherlands: Outcome-based Healthcare 2018-2022
	Reform af langtidspleje	2015	Langtidspleje blev decentraliseret til kommunerne (ift. hjælp i hjemmet og social støtte) og til sygeforsikrings-selskaber for hjemmesygepleje. Overdragelse af ydelserne til kommunerne blev ledsaget af betydelige nedskæringer i de disponible budgetter.	<ul style="list-style-type: none"> Netherlands: health system review 2016 (European Observatory on Health Systems and Policies)
	Oprettelse af "Care Groups"	2010	Introducerede samlede betalinger for kroniske sygdomme i 2010 ved at yde årlig refusion til grupper af praktiserende læger ("care groups") for en pakke af sundhedsydelser relateret til risikostyring af KOL, diabetes eller kardiovaskulær sygdom. Betalingen dækker tværfaglige ydelser, baseret på de nationalt etablerede standarder for den pågældende lidelse.	<ul style="list-style-type: none"> Netherlands: health system review 2016 (European Observatory on Health Systems and Policies)
	Introduktion af reform af social støtte	2007	Første skridt i retning af decentralisering af langtidspleje. En del af hjælp i hjemmet og psykosocial støtte blev overført til kommunerne.	<ul style="list-style-type: none"> Netherlands: health system review 2016 (European Observatory on Health Systems and Policies)
	Markedsreform inden for sundhedsydelser	2006	Den hollandske regering integrerede adskillige eksisterende sundhedsforsikringsordninger til én enkelt lovbestemt sundhedsforsikringsordning med frit forbrugervalg, som dækkede hele befolkningen. I det nye system fik forbrugerne frit valg af forsikringsudbyder mhp. at opnå øget konkurrence.	<ul style="list-style-type: none"> The market reform in Dutch health care (European Observatory on Health Systems and Policies)

Norge | De seneste reformer sigter mod større koordinering og samarbejde på tværs af sektorer

Land	Initiativ	År	Beskrivelse	Kilde(r)
	Nasjonal Helse- og Sykehusplan 2020-2023	2019	Fastlægger retningen for yderligere udvikling af hospitaler og bedre integration af tjenester leveret af hospitaler og kommuner i Norge, herunder etablering af helsefællesskaber, en ny organisatorisk løsning der formaliserer styringsstrukturer mellem kommuner og helseforetak (består af én/flere hospitaler), for at forbedre fælles planlægning og styrke koordinering.	<ul style="list-style-type: none"> National Health and Hospital 2020-2023 (Norwegian Ministry of Health and Care Services)
	Fremtidens primærhelse-tjeneste - nærhet og helhet	2015	Introduktion af teambaseret rehabiliteringsydelser. I 2017 blev kommuner og praktiserende læger inviteret til at deltage i et pilotprojekt, som fremmer brugen af tværfaglige teams som et primært redskab til forandring. Praktiserende læger er nu ansvarlige for de enkelte teams under ledelse af hver kommune. Det faktiske projekt begyndte i foråret 2018.	<ul style="list-style-type: none"> Norway: health system review 2020 (European Observatory on Health Systems and Policies)
	Kvalitet og patientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten	2013	Målet var at tilvejebringe en samlet tilgang til kvalitet og patientsikkerhed ved bl.a. at gennemføre kvalitetsforbedringsinitiativer, øge antallet af indsamlede kvalitetsindikatorer, etablere nye kvalitetsindikatorer samt afprøve kvalitetsbaseret finansiering af hospitaler (i mindre skala).	<ul style="list-style-type: none"> Norway: health system review 2020 (European Observatory on Health Systems and Policies)
	Samhandlings-reformen	2012	Reformen fokuserede på at forbedre koordineringen af sundhedsydelser mellem kommuner og sygehuse ved fx give kommuner det fulde ansvar for patienter, der var klar til at blive udskrevet fra sygehuse samt udvide patienternes valg. Målet er, at patienten får den rette behandling - på det rigtige sted og på det rigtige tidspunkt.	<ul style="list-style-type: none"> Norway: health system review 2020 (European Observatory on Health Systems and Policies)

Sverige | Tiltag har haft fokus på at styrke det nære sundhedsvæsen

Land	Initiativ	År	Beskrivelse	Kilde(r)
	Omställning till god och nära vård	2018 - igangværende	Det svenske sundhedsvæsen er i øjeblikket i gang med en langsigtigt omstillingsplan mhp. at styrke den primære sektor både på kommunalt- og regionalt plan, effektueret af målrettet finansiering fra staten og en årlig aftale mellem staten og den svenske forening af lokale myndigheder og regioner (Sveriges Kommuner och Regioner). Målet med overgangen er at give patienten en god, tæt og koordineret behandling, hvor primære ydelser er omdrejningspunktet som interagerer med andre leverandører af sundheds- og sociale tilbud	<ul style="list-style-type: none">• En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav (Överenskommelse Mellan staten och Sveriges kommuner och Regioner)
	Vårdvals-reformen	2010	Den nationale lovgivning gjorde det obligatorisk for alle regioner at tilbyde frit valg af vårdcentral, samtidig med at leverandørernes indtræden og konkurrence blev lettet. Regionerne bestemmer selv de nøjagtige vilkår for fx betalingsmodel og har mulighed for at indføre valg af behandlingsprogrammer, også inden for det specialiserede område	<ul style="list-style-type: none">• Införandet av vårdvalet i primärvården (Socialstyrelsen)• VEM har vårdvalet gynnat?



Notatets indholdsfortegnelse

1. Ledelsesresumé	2
2. Rapportens opdrag, formål, tilgang og grundlag	5
3. Introduktion til de udvalgte lande	7
4. Forvaltningsstrukturer og opgavefordeling	12
5. Ressourcer og aktiviteter i sundhedsvæsenet	31
6. Større reformer og tiltag	44
Appendiks	51
A. Større reformer og tiltag	52
B. Litteraturliste	58



Litteraturliste

Litteraturliste - Alle hjemmesider besøgt mellem fredag d. 2 juni , og torsdag d. 6 juli

Navn	Link	Land
National Cabinet Statement on a better future for the federation (2023), Australian Government Department of Health and Aged Care	National Cabinet Statement on a better future for the federation Australian Government Department of Health and Aged Care	Australien
Danske Regioner hjemmeside	www.Regioner.dk	Danmark
Danskernes brug af sundhedsvæsenet (2016), Sundhedsdatastyrelsen	(Microsoft Word - Dryp - forbrug i sundhedsvæsenet - 161116) (sundhedsdatastyrelsen.dk)	Danmark
Deep End Danmark hjemmeside	https://www.deepend-denmark.dk/	Danmark
Denmark: health system review (2012), European Observatory on Health Systems and Policies	Denmark: health system review 2012 (who.int)	Danmark
Det primære sundhedsvæsen (2022), Sundhedsstyrelsen	https://www.sst.dk/da/viden/Sundhedsvaesen/Det-primære-sundhedsvaesen	Danmark
Dobbelt diagnose, dobbelt behandling, dobbelt problem (2020), Bedre Psykiatri	https://bedrepsykiatri.dk/dobbelt-diagnose-dobbelt-behandling-dobbelt-problem/	Danmark
Faktaark (2022), Praktiserende Lægers Organisation	https://www.laeger.dk/media/1e3cuftt/plo_faktaark_2022.pdf	Danmark
Indenrigs- og Sundhedsministeriet hjemmeside	https://sum.dk/	Danmark
Initiativkatalog - Initiativer til forbedring af kapacitetsanvendelsen (2019), BCG, MUUSMANN, Dorthe Crüger	Initiativkatalog - Initiativer til forbedring af kapacitetsanvendelsen.pdf (sum.dk)	Danmark
Integrerede indsatser for mennesker med psykiske lidelser (2013), Det Nationale Forskningscenter for Velfærd	https://bedrepsykiatri.dk/wp-content/uploads/2019/09/2013-integrerede-indsatser.pdf	Danmark
International Health Care System Profiles - Denmark (2020), The Commonwealth Fund	https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/denmark	Danmark
Kronikerindsatsen internationalt - Analyse af Internationale Eksempler (2017), BCG	Kronikerindsatsen internationalt.pdf (sum.dk)	Danmark
Ledelsesresume - Analyse af kapacitetsanvendelsen på de medicinske afdelinger i Danmark (2019), BCG, MUUSMANN, Dorthe Crüger	Ledelsesresume - Analyse af kapacitetsanvendelsen på de medicinske afdelinger i Danmark.pdf	Danmark
Privathospitalernes udbudstaks: 43 pct. Af DRG-taksten (2016), CEPOS	https://www.sundheddanmark.nu/media/1142/2014-04-19_-_privathospitalernes_udbudstakst_-_43_pct_af_drg-taksten_-_version2.pdf	Danmark
Psykiatri under pres (2019), Psykiatrifonden	https://psykiatrifonden.dk/files/media/document/Psykiatri%20under%20pres%202019_FINAL%20%28002%29.pdf	Danmark

Litteraturliste

Litteraturliste - Alle hjemmesider besøgt mellem fredag d. 2 juni , og torsdag d. 6 juli

Navn	Link	Land
Psykiatrien er presset - patienter får ikke den behandling de har behov for (2022), Dansk Psykolog Forening	https://www.dp.dk/psykiatrien-er-preset-patienter-faar-ikke-den-behandling-de-har-behov-for/	Danmark
Psykiatrifondens hjemmeside	https://psykiatrifonden.dk/	Danmark
Region Nordjyllands hjemmeside	https://rn.dk/	Danmark
Sundhedsaftalen 2019-2023: Kommissorium for Tværsektoriel strategisk styregruppe (2019), Region Hovedstaden	https://www.regionh.dk/Sundhedsaftale/Organisering/Documents/Tv%C3%A6rsektoriel%20strategisk%20styregruppe%20Kommissorium%202020719.pdf	Danmark
Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside	https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da	Danmark
Sundhedsstyrelsens hjemmeside	www.Sundhedsstyrelsen.dk	Danmark
"Vi kan ikke løse hele problemet. Men nu gør vi noget" (2023), Ugeskrift for Læger	https://ugeskriftet.dk/nyhed/vi-kan-ikke-lose-hele-problemet-men-nu-gor-vi-noget	Danmark
A Guide to the Health and Care Act (2022), NHS Providers	https://nhsproviders.org/a-guide-to-the-health-and-care-act-2022	England
An independent review of integrated care systems (2023), The Hewitt Review	https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1148568/the-hewitt-review.pdf	England
Delegation of NHS England's direct commissioning functions to integrated care boards (2020), NHS England	https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2022/05/PAR1440-letter-delegation-of-nhse-direct-commissioning-functions-to-icbs.pdf	England
Get in on the Act: Health and Care Act 2022, Local Government Association	https://www.local.gov.uk/publications/get-act-health-and-care-act-2022	England
GP funding and contracts explained (2020), The King's Fund	GP funding and contracts explained The King's Fund (kingsfund.org.uk)	England
Health and Care Act 2022, UK Legislation	https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2022/31/contents/enacted	England
Health and Care Bill granted Royal Assent in milestone for healthcare recovery and reform (2022), Department of Health and Social Care	https://www.gov.uk/government/news/health-and-care-bill-granted-royal-assent-in-milestone-for-healthcare-recovery-and-reform	England
ICS Network Resources, NHS Confederation	ICS Network Resources NHS Confederation	England
Integrated Care Systems Explained: Making Sense of Systems, Places and Neighbourhoods (2022), The King's Fund	https://www.kingsfund.org.uk/publications/integrated-care-systems-explained	England
International Health Care System Profiles - England (2020), The Commonwealth Fund	https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/england	England
Introducing Integrated Care Systems (2023), House of Commons: Committee of Public Accounts	https://committees.parliament.uk/publications/33872/documents/185310/default/	England

Litteraturliste

Litteraturliste - Alle hjemmesider besøgt mellem fredag d. 2 juni , og torsdag d. 6 juli

Navn	Link	Land
Introducing Integrated Care Systems: joining up local services to improve health outcomes (2022), Department of Health & Social Care	https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2022/10/Integrated-Care-Systems-Funding-and-accountability-for-local-health-and-care.pdf	England
Introductory guide to NHS finance (2023), Healthcare Financial Management Association (HFMA)	https://www.hfma.org.uk/docs/default-source/publications/guides/intro-to-nhs-finance/hfma-introductory-guide-to-nhs-finance.pdf?sfvrsn=74dd76e7_20	England
NHS Confederation hjemmeside	NHS Confederation	England
NHS England hjemmeside	NHS England	England
NHS Long Term Plan hjemmeside	https://www.longtermplan.nhs.uk/	England
Place-based Partnerships Explained (2022), The King's Fund	https://www.kingsfund.org.uk/publications/place-based-partnerships-explained	England
Policy paper: A plan for digital health and social care (2022), UK Government	https://www.gov.uk/government/publications/a-plan-for-digital-health-and-social-care/a-plan-for-digital-health-and-social-care	England
Primary care networks explained (2020), The King's Fund	https://www.kingsfund.org.uk/publications/primary-care-networks-explained	England
Progress in improving mental health services in England (2023), Department of Health & Social Care	https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2023/02/Progress-in-improving-mental-health-services-CS.pdf	England
Quality and Outcomes Framework (2022), NHS Digital	https://digital.nhs.uk/data-and-information/data-tools-and-services/data-services/general-practice-data-hub/quality-outcomes-framework-qof	England
Regional economic activity by gross domestic product, UK: 1998 to 2021, Office for National Statistics	https://www.ons.gov.uk/economy/grossdomesticproductgdp/bulletins/regionaleconomicactivitybygrossdomesticproductuk/1998to2021#gross-domestic-product-by-uk-country-and-region	England
Revenue finance and contracting guidance for 2023/2024 (2023), NHS England	https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2023/01/PR00021ii-guidance-on-23-24-revenue-finance-and-contracts.pdf	England
Rosen, Rebecca, et al. "Is bigger better? Lessons for large-scale general practice" (2016), London Nuffield Trust	Is bigger better? Lessons for large-scale general practice Nuffield Trust	England
Smith, Judith A., et al. "Primary care networks: are they fit for the future?" (2021), British Journal of General Practice	Primary care networks: are they fit for the future? - PMC (nih.gov)	England
Statutory guidance: Formal notice of a mandate for all adult social care providers (2023), UK Government	https://www.gov.uk/government/publications/adult-social-care-provider-information-provisions-formal-notice/formal-notice-of-a-mandate-for-all-adult-social-care-providers	England

Litteraturliste

Litteraturliste - Alle hjemmesider besøgt mellem fredag d. 2 juni , og torsdag d. 6 juli

Navn	Link	Land
The doctor exodus - with focus on the Scandinavian context (2023), British Medical Journal	https://blogs.bmj.com/bmjgh/2023/04/13/the-doctor-exodus-with-focus-on-the-Scandinavian-context/#:~:text=A%20staggering%20one%20third%20of,shortage%20of%20specialised%20medical%20doctors	England
The Act, Part 2 - Health and Social Care, NHS Providers	https://nhsproviders.org/a-guide-to-the-health-and-care-act-2022/the-act-part-2-health-and-social-care-information	England
The Health and Care Act (2022), The British Medical Association	https://www.bma.org.uk/advice-and-support/nhs-delivery-and-workforce/integration/the-health-and-care-act	England
The Health and Care Act 2022 - Key Points for Adult Social Care Practitioners, tri.x	https://www.trixonline.co.uk/articles/the-health-and-care-act-2022-key-points-for-adult-social-care-practitioners/	England
The Health and Care Act 2022: Our work to inform and make sense of the legislation	https://www.kingsfund.org.uk/projects/health-and-care-act-2022-make-sense-legislation	England
Trends in patient-to-staff numbers at GP practices in England (2022), Office for National Statistics	https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthcaresystem/articles/trendsinpatienttostaffnumbersatgp practicesinengland/2022#:~:text=Across%20England%2C%20the%20number%20of,overall%20(1%2C800%20to%201%2C700)	England
United Kingdom: health system review (2022), European Observatory on Health Systems and Policies	https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/united-kingdom-health-system-review-2022	England
United Kingdom: health system summary (2022), European Observatory on Health Systems and Policies	https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/united-kingdom-health-system-summary	England
2023 NordDRG published in Finland, MedTech Reimbursement Consulting	https://mtrconsult.com/news/2023-norddrg-published-finland	Finland
Client Fees for Social and Health care Services at Wellbeing Services County of Southwest Finland (2023), Varsinais-Suomen hyvinvointialue	https://www.varha.fi/sites/default/files/2022-12/Varha%20asiakasmaksut%20englanti.pdf	Finland
Finances of the wellbeing services counties, Ministry of Finance Finland	https://vm.fi/en/finances-of-the-wellbeing-services-counties	Finland
Finland Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies	https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/hspm/finland-2019	Finland
Finland: Country Health Profile (2021), OECD	https://www.oecd.org/publications/finland-country-health-profile-2021-2e74e317-en.htm	Finland

Litteraturliste

Litteraturliste - Alle hjemmesider besøgt mellem fredag d. 2 juni , og torsdag d. 6 juli

Navn	Link	Land
Finland: health system review (2019), European Observatory on Health Systems and Policies	https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/finland-health-system-review-2019	Finland
Finland: health system summary (2023), European Observatory on Health Systems and Policies	https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/finland-health-system-summary	Finland
Health and social services reform (2022), Sote-uudistus	https://soteuudistus.fi/en/health-and-social-services-reform	Finland
Occupational health care (2023), Kela	https://www.kela.fi/occupational-health-care	Finland
Sote-uudistus: Health and social services reform hjemmeside	https://soteuudistus.fi/en/frontpage	Finland
The Finnish Ministry of Social Affairs and Health hjemmeside	https://stm.fi/en/frontpage	Finland
The Missing Piece in Finnish Health Care Reform (2016), BCG	VBHC in Finnish.indd (bcg.com)	Finland
Wellbeing services counties will be responsible for organising health, social and rescue services on 1 January 2023 (2023), Finnish Ministry of Social Affairs and Health	https://stm.fi/web/stm/hyvinvointialueet	Finland
Why did Social and Healthcare Services Reform Fail in Finland? (2020), BIBU	https://bibu.fi/why-did-social-and-healthcare-services-reform-fail-in-finland/	Finland
Nissanholtz-Gannot, Rachel, et al. "The changing roles of community nurses: the case of health plan nurses in Israel" (2017), Israel Journal of Health Policy Research	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29274639/	Israel
Ældreomsorg i Norden (2015), Nordens Vælfærdscenter	https://nordicwelfare.org/wp-content/uploads/2017/10/c3a4ldreomsorg20i20norden_webb.pdf	Norden
Primary Health Care in the Nordic Countries (2020), the Danish Center for Social Science Research	https://pure.vive.dk/ws/files/4892725/301661_Primary_Health_Care_in_the_Nordic_Countries_TG.pdf	Norden
Evaluering av samhandlingsreformen: Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (2016), Norges forskningsråd	https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1254019340907.pdf	Norge
Hagen, Terje P., and Oddvar M. Kaarbøe. "The Norwegian hospital reform of 2002: central government takes over ownership of public hospitals." (2006), Health policy	https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168851005001570?via%3Dihub	Norge
Helsedirektoratets hjemmeside	https://www.helsedirektoratet.no/	Norge
Helsefellesskap - fordeler og utfordringer, Statsforvalteren i Nordland	https://helgelandssykehuset.no/seksjon/arr/Documents/OSO/Seminar_etablering_Helsefellesskap_Helgeland_260122/Statsforvalteren_sitt_innlegg_26.1.22_Helsefellesskap.pdf	Norge
Helsefellesskap - hva er nå det? (2022), Rogaland legeforening	https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/lokal/rogaland/syd-vesten-artikler/2022/helsefellesskap-hva-er-na-det/	Norge

Litteraturliste

Litteraturliste - Alle hjemmesider besøgt mellem fredag d. 2 juni , og torsdag d. 6 juli

Navn	Link	Land
International Health Care System Profiles - Norway (2020), The Commonwealth Fund	https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/norway	Norge
Johannessen, Karl Arne, Sverre AC Kittelsen, and Terje P. Hagen. "Assessing physician productivity following Norwegian hospital reform: A panel and data envelopment analysis." (2017), Social Science & Medicine	https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953617300084	Norge
Kjernejournal dokumentdeling (2023), Direktoratet for e-helse	https://www.ehelse.no/nasjonal-e-helseportefolje/tiltak-i-nasjonal-e-helseportefolje/kjernejournal-dokumentdeling	Norge
Kjernejournal dokumentdeling, Helse Sør-Øst	https://www.helse-sorost.no/om-oss/vart-opdrag/hva-gjor-vi/digitalisering-og-e-helse/regionale-ikt-prosjekter/kjernejournal-dokumentdeling	Norge
Mental healthcare for adults in Norway (2022), The Norwegian Directorate of Health	https://www.helsenorge.no/en/psykisk-helse/mental-healthcare-for-adults-in-norway/	Norge
Monkerud, Lars C., and Trond Tjerbo. "The effects of the Norwegian Coordination Reform on the use of rehabilitation services: panel data analyses of service use, 2010 to 2013." (2016), BMC health services research	https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1564-6	Norge
Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Statsing på helsefellesskap, Helsedirektoratet	https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsefellesskap/nettverk-for-helsefellesskap/Nettverk%20helsefellesskap%20f%C3%B8rste%20m%C3%B8te.pdf/_/%0Battachment/inline/71b034d4-c824-4169-902e-9aeebc923c06:8a69cc313897c902050e3e1bb1bb744101cbdc6d/%0BNettverk%20helsefellesskap%20f%C3%B8rste%20m%C3%B8te.pdf	Norge
National Health and Hospital plan 2020-2023 (2019), Norwegian Ministry of Health and Care Services	https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/en-gb/pdfs/stm201920200007000engpdfs.pdf	Norge
Norges Regerings hjemmeside	https://www.regjeringen.no/en/id4/	Norge
Norway: health system review (2020), European Observatory on Health Systems and Policies	https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/norway-health-system-review-20	Norge
Norway: health system summary (2022), European Observatory on Health Systems and Policies	https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/norway-health-system-summary	Norge

Litteraturliste

Litteraturliste - Alle hjemmesider besøgt mellem fredag d. 2 juni , og torsdag d. 6 juli

Navn	Link	Land
NOU 2023: 8. Fellesskapets sykehus– Styring, finansiering, samhandling og ledelse, Regjeringen	https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-8/id2967792/?ch=7	Norge
Resultatevaluering av sykehusreformen (2007), Norges Forskningsråd	https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1254008919540.pdf	Norge
Samhandlingsreformen – Rett behandling - på rett sted - til rett tid (2008/2009), Norges Helse- og Omsorgsdepartementet	https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/	Norge
Sperre Saunes, Ingrid, Anna Sagan, and Marina Karanikolos. "Norway's Healthcare Communities are set up to build bridges between hospitals and primary care" (2020), Eurohealth	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332483/Eurohealth-26-1-29-33-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y	Norge
The Department of Hospital Ownership, The Norwegian Ministry of Health and Care Services	https://www.regjeringen.no/en/dep/hod/organisation-and-management-of-the-ministry-of-health-and-care-services/Departments/the-department-of-hospital-ownership/id1413/	Norge
Butler, Daniel, et al. "Establishing a Deep End GP group: a scoping review" (2022), BJGP Open	Establishing a Deep End GP group: a scoping review - PMC (nih.gov)	Skotland
GPs at the Deep End, University of Glasgow	https://www.gla.ac.uk/connect/publicengagement/projectsandevents/gpsatthedee/pend/	Skotland
Learning from General Practitioners at the Deep End (2020), Scottish School of Primary Care	http://www.sspc.ac.uk/media/Media_768557_smxx.pdf	Skotland
Watt, Graham, and Deep End Steering Group. "GPs at the deep end." (2011), British Journal of General Practice	https://bjgp.org/content/61/582/66	Skotland
Singapore Healthcare Spend (2020), International Trade Administration	Singapore Healthcare (trade.gov)	Singapore
White Paper on Healthier SG (2022), Singapores regering	healthiersg-whitepaper-pdf.pdf (go.gov.sg)	Singapore
Burström, Bo, et al. "Equity aspects of the primary health care choice reform in Sweden-a scoping review" (2017), International Journal for Equity in Health	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5273847/	Sverige
Ersättningsmodeller i primärvården (2021), Sveriges Kommuner och Regioner	https://skr.se/download/18.1cb6251b183d12af1ed4f131/1666339014496/8047-037-7.pdf	Sverige
God och nära vård 2023: En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav, Sveriges Kommuner och Regioner, Regeringskansliet Socialdepartementet	https://skr.se/download/18.6a40047a185e2f0179f1e22e/1674823955025/Overensko mmelse - God_och_nara_vard-2023.pdf	Sverige

Litteraturliste

Litteraturliste - Alle hjemmesider besøgt mellem fredag d. 2 juni , og torsdag d. 6 juli

Navn	Link	Land
Införandet av vårdval i primärvården (2009), Socialstyrelsen	https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2009-10-125.pdf	Sverige
Informationsdelning mellan kommuner och regioner (2023), Sveriges Kommuner och Regioner	https://skr.se/download/18.14886988187eb187031827c8/1684238513636/Informationsdelning-mellan-kommuner-och-regioner.pdf	Sverige
International Health Care System Profiles - Sweden (2020), The Commonwealth Fund	https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/sweden	Sverige
Is Swedish Healthcare Living on Borrowed Time? (2018), BCG	<i>kan rekvideres via BCG</i>	Sverige
Nära vård (2023), Sveriges Kommuner och Regioner	https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard.6250.html	Sverige
Ny lag underlättar informationsutbyte - med stöd av digitala tjänster, Inera	https://www.inera.se/aktuellt/nyheter/ny-lag-underlattar-informationsutbyte--med-stod-av-digitala-tjanster/	Sverige
Omställningen mot en god och nära vård (2023), Myndigheten för vård- och omsorgsanalys	https://www.vardanalys.se/rapporter/vem-har-vardvalet-gynnat/	Sverige
Ordnat för omställning? (2023), Myndigheten för vård- och omsorgsanalys	https://www.vardanalys.se/rapporter/ordnat-for-omstallning/	Sverige
Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om God och nära vård 2023, Regeringskansliet	https://www.regeringen.se/overenskommelser-och-avtal/2023/01/overenskommelse-mellan-s[...]ch-sveriges-kommuner-och-regioner-om-god-och-nara-var-d-2023/	Sverige
Så styrs sjukvården i Sverige (2023), Sveriges Kommuner och Regioner	https://skr.se/skr/halsasjukvard/vardochbehandling/ansvarsfordelningsjukvard.64151.html	Sverige
Så styrs Sverige (2021), Sveriges Kommuner och Regioner	https://skr.se/skr/tjanster/kommunerochregioner/faktakommunerochregioner/sastyrssverige.3054.html	Sverige
Specialiserad vård i hemmet (2022), Sveriges Kommuner och Regioner	https://skr.se/download/18.2070d58a1817fca64d32a4f/1655736996658/Specialisera-d-var-d-i-hemmet.pdf	Sverige
The doctor exodus - with focus on the Scandinavian context (2023), BMJ Global Health	https://blogs.bmj.com/bmjgh/2023/04/13/the-doctor-exodus-with-focus-on-the-scandinavian-context/	Sverige
Uppgifter för beräkning av avgifter inom äldre- och funktionshinderomsorgen år 2023 (2022), Socialstyrelsen	https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/meddelandeblad/2022-12-8266.pdf	Sverige
Barber, Sarah L., et al., "Pricing long-term care for older persons." (2021), World Health Organization	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344505/9789240033771-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y	Holland

Litteraturliste

Litteraturliste - Alle hjemmesider besøgt mellem fredag d. 2 juni , og torsdag d. 6 juli

Navn	Link	Land
Historic' healthcare agreement signed, except by GPs (2022), NL Times	https://nltimes.nl/2022/09/17/historic-healthcare-agreement-signed-except-gps	Holland
Hollands regering hjemmeside	https://www.government.nl/	Holland
International Health Care System Profiles - Netherlands (2020), The Commonwealth Fund	https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/netherlands	Holland
Karimi, Milad, et al. "Bundled payments for chronic diseases increased health care expenditure in the Netherlands, especially for multimorbid patients." (2021), Health policy	https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851021001020?via%3Dihub	Holland
Long-term care reform in the Netherlands: Too large to handle? (2015), Eurohealth	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332759/Eurohealth-21-3-47-50-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y	Holland
Outcome-based Healthcare 2018-2022, Hollands regering	https://www.government.nl/topics/quality-of-healthcare/information-on-the-quality-of-care	Holland
'Primary care plus' is a strong alternative to hospital, Maastricht University	https://www.maastrichtuniversity.nl/research/caphri/our-research/creating-value-based-health-care/primary-care-plus-strong-alternative	Holland
Struijs, J. N., et al. "Three years of bundled payment for diabetes care in the Netherlands." (2012), Bilthoven: National Institute for Public Health and the Environment	https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/260013002.pdf	Holland
Struijs, J. N., J. T. Van Til, and C. A. Baan. "Experimenting with a bundled payment system for diabetes care in the Netherlands: The first tangible effects" (2010), RIVM rapport	https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/260224002.pdf	Holland
Struijs, J. N., J. T. Van Til, and C. A. Baan. "Experimenting with a bundled payment system for diabetes care in the Netherlands: The first tangible effects." (2010), National Institute for Public Health and the Environment (RIVM)	Experimenting with a bundled payment system for diabetes care in the Netherlands (rivm.nl)	Holland
The Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport hjemmeside	https://www.government.nl/ministries/ministry-of-health-welfare-and-sport	Holland
The Integrated Healthcare Agreement - where do we go from here? (2022), Public Matters	https://publicmatters.nl/en/actueel/the-integrated-healthcare-agreement-where-do-we-go-from-here/	Holland

Litteraturliste

Litteraturliste - Alle hjemmesider besøgt mellem fredag d. 2 juni , og torsdag d. 6 juli

Navn	Link	Land
The market reform in Dutch health care: Results, lessons and prospects (2021), European Observatory on Health Systems and Policies	https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/the-market-reform-in-dutch-health-care-results-lessons-and-prospects	Holland
The Netherlands: health system review (2016), European Observatory on Health Systems and Policies	https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/netherlands-health-system-review-2016	Holland
van den Bogaart, Esther HA, et al. "Patients' perspectives on a new delivery model in primary care: A propensity score matched analysis of patient-reported outcomes in a Dutch cohort study" (2021), Journal of Evaluation in Clinical Practice	https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jep.13426	Holland
Zorgverzekeraars (sundhedsforsikringerne), Zorgverzekeraars Nederland	https://www.zn.nl/zorgverzekeraars/	Holland
Annual Reports and Proxy Statements, Oak St. Health	https://investors.oakstreethealth.com/financials/Annual-Reports-and-Proxy-Statements/default.aspx	USA
Annual reports, Kaiser Permanente	https://about.kaiserpermanente.org/who-we-are/annual-reports	USA
Remote patient monitoring improves care for chronic disease (2021), Kaiser Permanente	https://about.kaiserpermanente.org/health-and-wellness/our-care/remote-patient-monitoring-improves-care-for-chronic-disease	USA
US Dept of Health & Human Services hjemmeside	https://www.hhs.gov/	USA
Wheatley, Benjamin. "Transforming care delivery through health information technology." (2013), The Permanente Journal	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3627785/	USA
Designing the Digital Health Care Systems That People Deserve (2022), BCG	The Digital Health Care Systems That People Deserve BCG	Generel
Global insights and market intelligence, Economist Intelligence	https://www.eiu.com/n/	Generel
Health Care Has a Purpose and Productivity Crisis (2022), BCG	Health Care Has a Purpose and Productivity Crisis BCG	Generel
Health Care Providers in Europe Need to Boost Digital Momentum (2021), BCG	Digital Adoption in the European Health Industry BCG	Generel
Horner. B., van Leeuwen, W., Larken, M., Baker, J., Larsson, St. Paying for Value in Health Care (2019), BCG	Paying for Value in Health Care (bcg.com)	Generel
International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) hjemmeside	ICHOM - Value Based Healthcare, Improving Patient Outcomes	Generel
Larsson, S., Clawson, J., & Howard, R. Value-Based Health Care at an Inflection Point: A Global Agenda for the Next Decade (2023), NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery, 4(1).	Value-Based Health Care at an Inflection Point: A Global Agenda for the Next Decade NEJM Catalyst	Generel

Litteraturliste

Litteraturliste - Alle hjemmesider besøgt mellem fredag d. 2 juni , og torsdag d. 6 juli

Navn	Link	Land
Larsson, S., Clawson, J., Kellar, J., Howard, R. "The Patient Priority: Solve Health Care's Value Crisis by Measuring and Delivering Outcomes That Matter to Patient". (2022)	<i>kan rekvireres via BCG</i>	Generel
Legatum Prosperity Index	https://www.prosperity.com/rankings	Generel
OECD Health Statistics 2022 database	https://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm	Generel
Office for National Statistics (UK)	https://www.ons.gov.uk/	Generel
Porter, Michael E., Stefan Larsson, and Thomas H. Lee. "Standardizing patient outcomes measurement." (2016), New England Journal of Medicine	Standardizing Patient Outcomes Measurement NEJM	Generel
The Future of Digital Health (2023), BCG	The Future of Digital Health 2023 (bcg.com)	Generel
The Untapped Potential of Ecosystems in Health Care (2021), BCG	The Untapped Potential of Ecosystems in Health Care BCG	Generel
Value in Healthcare Laying the Foundation for Health System Transformation (2018), World Economic Forum	WEF Insight Report Value Healthcare Laying Foundation.pdf (weforum.org)	Generel
Value in Healthcare Mobilizing cooperation for health system transformation (2018), World Economic Forum	WEF Value Healthcare report 2018.pdf (weforum.org)	Generel
Value in Healthcare: Accelerating the Pace of Health System Transformation (2018), World Economic Forum	World Economic Forum (weforum.org)	Generel
World Health Organization, Global Health Expenditure Database	https://apps.who.int/nha/database	Generel



[bcg.com](https://www.bcg.com)

Bilag 5:

Udviklingen i sundhedsvæsenet
– et perspektiv til omstilling

Boston Consulting Group (BCG)



Udviklingen i sundhedsvæsenet - *et perspektiv til omstilling*

Notat

Februar 2024

BCG

Indholdsfortegnelse

1	1	1
2	2	4
2.1	2.1	4
2.2	2.2	4
2.3	2.3	5
3	3	6
3.1	3.1	6
3.2	3.2	8
3.2.1	3.2.1	9
3.2.2	3.2.2	12
3.2.3	3.2.3	16
3.2.4	3.2.4	17
3.3	3.3	17
3.3.1	3.3.1	17
3.3.2	3.3.2	24
3.3.3	3.3.3	27
3.3.4	3.3.4	31
3.4	3.4	32
3.4.1	3.4.1	32
3.4.2	3.4.2	33
3.4.3	3.4.3	35
3.4.4	3.4.4	35
3.5	3.5	36
3.5.1	3.5.1	36
3.5.2	3.5.2	39
3.6	3.6	39
3.6.1	3.6.1	39
3.6.2	3.6.2	41
4	4	46

4.1	Udgifter til sundhedsvæsenet blandt de 10 pct. dyreste	46
4.1.1	Andel af befolkningens udgifter blandt de 10 pct. dyreste	46
4.2	Karakteristika ved de 10 pct. dyreste	47
4.2.1	Udvikling i aldersgrupper og målgrupper blandt de 10 pct. dyreste	47
4.3	Kontakt til sygehusområdet blandt de 10 pct. dyreste	50
4.3.1	Udvikling i kontakt til sygehusområdet blandt de 10 pct. dyreste patienter	50
4.4	Kontakt til praksissektoren blandt de 10 pct. dyreste patienter	54
4.4.1	Udvikling i kontakt til almen praksis blandt de 10 pct. dyreste patienter 54	
4.4.2	Udvikling i kontakt til speciallægepraksis blandt de 10 pct. dyreste patienter	55
4.5	Opsamling: De 10 pct. dyreste patienter for sundhedsvæsenet	56
5	Målgrupper med særlig betydning for sundhedsvæsenet	57
5.1	Patienter med kronisk sygdom	58
5.1.1	Udviklingen i antal patienter med kronisk sygdom	58
5.1.2	Udvikling i antal kontakter til sygehus og almen praksis blandt patienter med kronisk sygdom	60
5.1.3	Udvikling i antal patienter med kronisk sygdom med kontakt til flere dele af sundhedsvæsenet	63
5.1.4	Udvikling i ressourcetræk blandt patienter med kronisk sygdom	65
5.1.5	Opsamling: Patienter med kronisk sygdom	66
5.2	Patienter med multisygdom	66
5.2.1	Udviklingen i antal patienter med multisygdom	67
5.2.2	Udvikling i antal kontakter til sygehus og almen praksis blandt patienter med multisygdom	68
5.2.3	Udvikling i antal patienter med multisygdom med kontakt til flere dele af sundhedsvæsenet	70
5.2.4	Udvikling i ressourcetræk blandt patienter med multisygdom	73
5.2.5	Opsamling: Patienter med multisygdom	74
5.3	Ældre medicinske patienter	74
5.3.1	Udviklingen i antal ældre medicinske patienter	74
5.3.2	Udvikling i antal kontakter til sygehus og almen praksis blandt ældre medicinske patienter	76

5.3.3	Udvikling i antal ældre medicinske patienter med kontakt til flere dele af sundhedsvæsenet.....	78
5.3.4	Udvikling i ressourcetræk blandt ældre medicinske patienter	80
5.3.5	Opsamling: Ældre medicinske patienter	81
5.4	Borgere med psykiatriske diagnoser	81
5.4.1	Udvikling i antallet af borgere med psykiatriske diagnoser	83
5.4.2	Udvikling i antal kontakter til sygehus blandt borgere med psykiatriske diagnoser.....	88
5.4.3	Udvikling i antal kontakter til praksissektoren blandt borgere med psykiatriske diagnoser	92
5.4.4	Udgifter til psykiatriområdet	96
5.4.5	Opsamling: Udviklingen i psykiatrien	97

1 Ledelsesresumé

Som en del af grundlaget for Sundhedsstrukturkommissionens arbejde har BCG gennemført en analyse af udviklingen i sundhedsvæsenet. Notatet beskriver således udviklingen i antal patienter, deres kontakter til sundhedsvæsenet og de associerede udgifter til henholdsvis sygehuse, praksissektor og de kommunale sundheds- og plejeindsatser. Samlet set tydeliggør analysen et betragteligt øget pres på det samlede danske sundhedsvæsen i fremtiden, hvis nuværende praksis fastholdes. Der peges dermed også på nødvendigheden af en omstilling af sundhedsvæsenets opgaveløsning. Nedenfor sammenfattes centrale pointer fra analysen.

Stigende ressourcetræk på tværs af sundhedsvæsenet

Udgifterne til sundhedsvæsenet er steget med 5 mia. kr. siden 2020 og lå i 2022 på knap 148 mia. kr. Generelt ses en korrelation mellem alder og sundhedsudgifter, fx er de gennemsnitlige sundhedsudgifter blandt 65-årige næsten tre gange så høje som blandt 40-årige.

Anskues det samlede træk på sundhedsvæsenets ressourcer over de næste 10-20 år, viser fremskrivninger en stigning i ressourcetrækket på alle områder. Dette vil særligt være drevet af det stigende antal ældre, hvis kontakter ofte er mere ressourcekrævende. Eksempelvis ventes ressourcetrækket blandt kommunale sundheds- og plejeindsatser i 2045 at være indeks 161 i forhold til 2021. Det stigende ressourcetræk understreger nødvendigheden af en omstilling af sundhedsvæsenet.

Flere ældre - og flest af de ældste ældre

Der ses over tid en stigning i befolkningstallet i Danmark, og fremskrivninger viser, at antallet af danskere stiger fra 5,9 mio. til 6,3 mio. i 2045. Stigningen er i høj grad drevet af en vækst i antallet af ældre. Herunder er det i høj grad ældre over 65 år, der driver det stigende befolkningsantal, og i 2045 viser fremskrivninger, at der vil være godt 350.000 flere over 65 år, svarende til at hver fjerde dansker vil være over 65 år. Særligt de ældste ældre over 85 år vil vækste, og antallet fordobles her frem mod 2045. Da det typisk er ældre borgere, der trækker mest på sundhedsvæsenet, vil denne udvikling forventeligt medføre en stigende efterspørgsel på sundhedsvæsenets ydelser.

Flere kontakter til både sygehus og praksissektor over tid

På tværs af både sygehuse og praksissektor (almen praksis, speciallægepraksis og øvrig praksis) har der samlet set været en stigende aktivitet over tid, dog med udsving i forbindelse med COVID-19 pandemien (herefter COVID). Således er antallet af kontakter i almen praksis steget fra 38,1 mio. til 40,6 mio. kontakter mellem 2015 og 2022, svarende til en stigning på knap 7 pct. Antallet af fysiske kontakter til sygehus var i 2022 fortsat under præ-COVID-niveauet, men var stigende i årene inden - således var der i 2019 12,97 mio. kontakter til sygehus sammenlignet med 12,53 mio. kontakter i

2015. Siden 2020 har sygehusaktiviteten igen været stigende. Derudover er virtuelle kontakter (telefon og video) til sygehus steget med næsten 80 pct. fra 2015 til 2022.

Hvis nuværende praksis fastholdes, forventes den stigende aktivitet i sundhedsvæsenet at fortsætte frem mod 2045, hvor der ventes at være en øget aktivitet på både sygehuse, i praksissektoren og blandt kommunale sundheds- og plejeindsatser. Eksempelvis viser fremskrivninger, at der vil være 1,2 mio. flere kontakter til sygehuse, og 4,9 mio. flere kontakter til almen praksis. Den primære stigning vil være drevet af den demografiske udvikling, herunder særligt det stigende antal ældre. Stigende tendenser i andelen af borgere, der har kontakt til sundhedsvæsenets forskellige områder, vil forventeligt bidrage til at øge antallet af patienter yderligere.

De 10 pct. dyreste står for hovedparten af de samlede sundhedsudgifter

De 10 pct. dyreste patienter stod i 2022 for 79 pct. af de samlede udgifter til det somatiske sygehusområde - en stor andel af udgifterne drives således af en forholdsvis lille gruppe. Næsten halvdelen af de 10 pct. dyreste patienter er over 65 år, og godt en tredjedel har en kronisk sygdom, mens hver femte tilhører gruppen af ældre medicinske patienter.

Stort træk på sundhedsvæsenet blandt nogle målgrupper

Der er nogle målgrupper, som har et særligt stort behov for kontakt med sundhedsvæsenet. Knap 16 pct. af den danske befolkning har en kronisk sygdom, og antallet af kronikere har været jævnt stigende over tid. Tilsvarende udgør patienter med flere kroniske sygdomme (multisygdom) 2 pct. af befolkningen, og antallet af patienter med kronisk sygdom eller multisygdom forventes at stige. Grundet hyppige kontakter vil det forventeligt indebære et øget træk på sundhedsvæsenet over tid. Fremskrivninger viser endvidere, at antallet af ældre medicinske patienter, som udgør 10 pct. af borgere over 65 år, vil stige med 46 pct. frem mod 2045.

Fælles for alle tre målgrupper er, at en væsentlig andel af patienterne har kontakt til både sygehus, almen praksis og kommunale sundheds- og plejeindsatser samtidig. For ældre medicinske patienter har hele 64,5 pct. kontakt til alle tre områder af sundhedsvæsenet. For multisyge og patienter med kroniske lidelser har henholdsvis 35,3 pct. og 17,7 pct. kontakt til alle tre områder. Dette stiller store krav til koordinering på tværs af indsatser for disse voksende patientgrupper, og der er dermed et stort potentiale ved at omstille indsatsen og styrke sammenhængen på tværs af sundhedsvæsenet.

10 pct. af befolkningen har i dag en psykiatrisk diagnose, og psykiatrien oplever aktuelt en stigende efterspørgsel og lange ventetider. Desuden forventes antallet af børn, unge og voksne med psykiatriske diagnoser at stige frem mod 2045. Det psykiatriske sygehusområde udgør en mindre andel af de samlede udgifter til sundhedsvæsenet - 6 pct. af de samlede udgifter i 2022. Udgifterne forventes dog at stige som følge af det stigende antal patienter og dertilhørende voksende aktivitet i sundhedsvæsenet. Derfor udgør denne målgruppe ligeledes et væsentligt fokusområde for omstilling.

Analysen tydeliggør nødvendigheden af en omstilling af sundhedsvæsenet

Nærværende analyse præsenterer et bredt perspektiv på aktiviteten i det danske sundhedsvæsen, og et særligt fokus på de dyreste patienter og udvalgte målgrupper, som har et særligt potentiale i forhold til omstilling. Således kan den viden, som er præsenteret i notatet, bidrage til en videre diskussion om nødvendige indsatser for at understøtte et forebyggende, sammenhængende og nært sundhedsvæsen i Danmark.

2 Indledning

2.1 Baggrund og formål med analysen

Regeringen har nedsat en Sundhedsstrukturkommission, der skal udarbejde et beslutningsgrundlag, som ”fordomsfrit opstiller og belyser modeller for den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet”. Modellerne skal understøtte et forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen med mere lighed, og som er mere nært og bæredygtigt, jf. kommissoriet for kommissionen.

Som en del af grundlaget for Sundhedsstrukturkommissionens arbejde har BCG gennemført en analyse af udviklingen i sundhedsvæsenet. I dette notat beskrives således udviklingen i antal borgere og patienter, deres kontakter til sundhedsvæsenet og tilhørende ressourcetræk samt herunder udgifter til hhv. sygehuse, praksissektor og de kommunale sundheds- og plejeindsatser. Derudover belyses både aktivitet og særlige karakteristika for de 10 pct. dyreste patienter i Danmark. Endelig kortlægges udviklingen for specifikke målgrupper, der er stigende, og hvor der er et særligt potentiale for omstilling, herunder de større kronikergrupper, patienter med multisygdom, ældre medicinske patienter og borgere med psykiatriske diagnoser.

Det skal understreges, at hensigten med analysen ikke er at levere en udtømmende kortlægning af alle målgrupper og patientforløb i sundhedsvæsenet, men at præsentere særligt interessante indsigter, der kan bidrage til Sundhedsstrukturkommissionens arbejde med omstilling til det nære sundhedsvæsen. Analysen vil bl.a. indgå som grundlag for beregning af potentialer ved implementering af konkrete initiativer for omstilling samt for udviklingen af en model for en digital fordør i det danske sundhedsvæsen.

2.2 Grundlag

BCG har som grundlag for analysen behandlet et omfattende datamateriale baseret på data fra Sundhedsdatastyrelsen og Danmarks Statistik. Følgende typer data er således blevet behandlet og beskrevet i følgende notat:

- Befolkningstal
- Antal borgere og patienter med kontakt til hhv. sygehusområdet, praksissektoren og kommunale sundheds- og plejeindsatser
- Antal kontakter til hhv. sygehusområdet og praksissektor
- Antal borgere og patienter med kontakt til alle dele af sundhedsvæsenet
- Udgifter til sundhedsvæsenet, herunder udgifter pr. borger/patient.

Data inddraget i denne analyse omfatter perioden 2015 til 2022 med henblik på at få et billede af udviklingen over tid. I denne periode har Danmark både været igennem COVID og en sygeplejerskestrejke, der samlet har haft indflydelse på aktiviteten i flere dele af sundhedsvæsenet i 2020 og 2021. Derfor inddrager vi ved beskrivelse af

sygehusaktivitet også tendenser fra perioden inden COVID. Det skal bemærkes, at der er databrud i 2019 grundet overgang til ny version af Landspatientregisteret (LPR3) primo 2019. Det betyder, at sammenligninger af tal vedrørende sygehusaktivitet for 2019 og frem med tal for 2018 og før skal foretages med ekstra varsomhed.

For at give et perspektiv på den fremtidige udvikling, fremskrives den forventede aktivitet i sundhedsvæsenet frem til 2045 og giver et indblik i udviklingen, hvis der *ikke* foretages en omstilling. Fremskrivningerne dækker dermed også en længere årrække end det antal år, fremskrivningerne hviler på. Dette findes relevant, da indsigterne skal bidrage til en langsigtet omstilling af sundhedsvæsenet.

Hvor relevant er ovenstående datapunkter videre opdelt i fx aldersgrupper, bopælsregion og kontakttypen (indlæggelse/ambulant, forebyggelig kontakt, genindlæggelse, mv.).

Datakilderne er anvendt til at belyse aktiviteten i sundhedsvæsenet og de afledte udgifter for hhv. den brede befolkning, de 10 pct. dyreste patienter og udvalgte målgrupper, herunder større kronikergrupper, patienter med multisygdom, ældre medicinske patienter og borgere med psykiatriske diagnoser.

2.3 Læsevejledning

Nærværende notat sammenfatter analysens resultater i tre kapitler:

- **Kapitel 3** beskriver det samlede træk på sundhedsvæsenet for befolkningen generelt, herunder udviklingen i aktivitet på sygehusområdet, i praksissektoren og i kommunale sundheds- og plejeindsatser, samt de associerede udgifter
- **Kapitel 4** belyser de 10 pct. dyreste patienter, og giver indsigt i karakteristika for denne gruppe (fx alder, målgrupper) samt deres træk på sundhedsvæsenet
- **Kapitel 5** præsenterer udviklingen i trækket på sundhedsvæsenet for udvalgte målgrupper med særlig interesse for Sundhedsstrukturkommissionens arbejde, herunder de større kronikergrupper, patienter med multisygdom og ældre medicinske patienter, samt borgere med psykiatriske diagnoser.

3 Overordnet udvikling i det danske sundhedsvæsen

Dette kapitel præsenterer en analyse af udviklingen i det danske sundhedsvæsen over tid, med fokus på udviklingen i antallet af borgere og patienter i kontakt med sundhedsvæsenet, deres samlede antal kontakter og de associerede udgifter. Analysen belyser ligeledes udviklingen på tværs af sektorer, herunder sygehusområdet, praksis-sektor og kommunale sundheds- og plejeindsatser.

For alle analyser tages der afsæt i registerdata fra Sundhedsdatastyrelsen, Sundhedsdatastyrelsens databank (eSundhed) og fra Danmarks Statistik.

I kapitlet belyses udviklingen i sundhedsvæsenet siden 2015, herudover estimeres udviklingen frem til henholdsvis 2035 og 2045 med udgangspunkt i den forventede demografiske udvikling. Hensigten er at illustrere både den aktuelle situation i sundhedsvæsenet og det forventede træk mod 2045, hvis den nuværende praksis fastholdes.

Indledningsvis skitseres den demografiske udvikling, der har stor betydning for efterspørgslen på sundheds- og plejeydelser. Dernæst analyseres udviklingen i antallet af patienter med kontakt til sundhedsvæsenet og omfanget af kontakter til henholdsvis sygehusområdet, praksissektor og kommunale sundheds- og plejeindsatser. Endelig kobles aktiviteten i sundhedsvæsenet med ressourcetrækket, med henblik på at belyse tyngden i kontaktmønsteret for borgere i de forskellige aldersgrupper.

Grundlaget for fremskrivning

Kapitlets fremskrivninger for perioden 2022-2045 er som nævnt baseret på den demografiske udvikling, herunder den stigende andel ældre. Herudover inddrages ændringer i kontaktmønsteret hos konkrete aldersgrupper i fremskrivningerne, hvor dette forventes at påvirke aktiviteten i sundhedsvæsenet, mens sund aldring ikke medregnes.

3.1 Demografisk udvikling i den danske befolkning

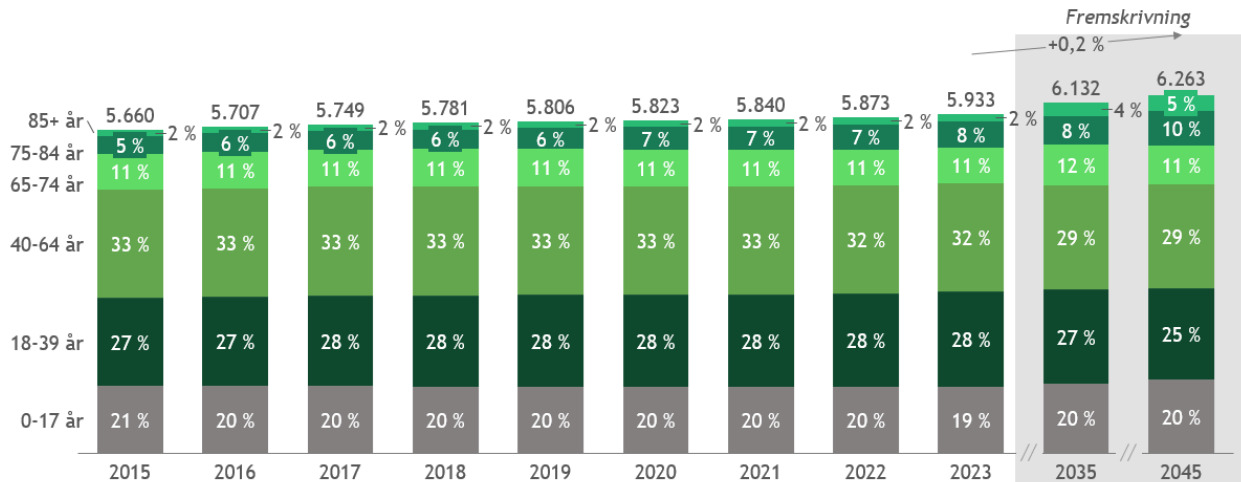
Nedenfor beskrives den demografiske udvikling fra 2015 til 2023 samt den forventede udvikling frem mod 2045.

Flere ældre og særligt flere af de ældste ældre

Aktuelt er der godt 5,93 mio. personer i den danske befolkning, og antallet har været stigende over tid fra knap 5,66 mio. i 2015, jf. figur 1 nedenfor. Fremskrivninger viser en fortsat befolkningsvækst til 6,26 mio. i 2045, svarende til en årlig vækstrate på 0,2 pct. mellem 2023 og 2045, jf. figur 1 nedenfor.

Figur 1 | Udvikling i befolkningen på tværs af aldersgrupper

Befolkningsantal (1.000 og andel af total pr. aldersgruppe), 2015-2045F



Noter: Tal er afrundet. Befolkningsantallet er opgjort pr. 1 januar i det givne år. Fremskrivninger er baseret på opgørelser i Danmarks Statistik. Kilder: Danmarks Statistik (FRDK123: "Befolkningsfremskrivning 2023 for hele landet efter alder og tid", BEFOLK1: "Befolkningen 1. januar efter alder og tid"); BCG analyse.

Voksne i den erhvervsaktive alder udgør den største andel af befolkningen - i 2023 er 60 pct. af danskerne således mellem 18 og 64 år, og dette billede har været ret stabilt over tid, jf. figur 1. Dog forventes andelen af voksne i den erhvervsaktive alder at falde til 54 pct. i 2045.

110 pct.
stigning i ældre
over 85 år fra
2023 til 2045

Samtidig vil der ske en stigning i andelen af ældre over 65 år, fra 20 pct. af befolkningen i 2023 til 25 pct. i 2045, jf. figur 1. Særligt andelen af de ældste ældre over 85 år stiger kraftigt - her viser fremskrivninger en fordobling i andelen fra 2023 frem til 2045, hvilket betyder, at der forventes at være knap 150.000 flere ældre over 85 år i 2045.

Den stigende andel ældre, ikke mindst stigningen blandt de ældste ældre, som typisk trækker mest på sundhedsvæsenet, vil forventeligt medføre en stigende efterspørgsel på sundheds-

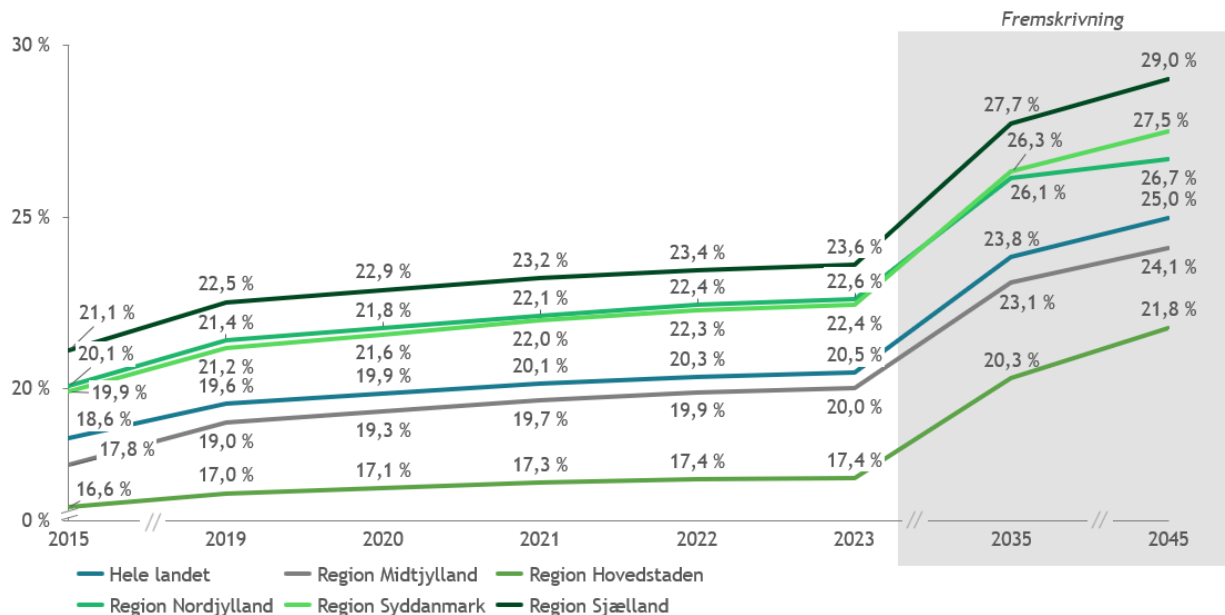
væsenets ydelser.

Stigende antal ældre på tværs af regioner

Den stigende andel af ældre over 65 år gør sig gældende på tværs af regioner, jf. figur 2 nedenfor.

Figur 2 | Andel af borgere over 65 år på tværs af regioner

Andel af borgere over 65 år pr. region, 2015-2045F



Note: Befolkningsantallet er opgjort pr. 1 januar i det givne år. Fremskrivninger er baseret på opgørelser i Danmarks Statistik. Kilder: Danmarks Statistik (FOLK1A: "Folketal den 1. i kvartalet efter tid og alder"; FRKM123: "Befolkningsfremskrivning 2023 efter alder, område og tid"); BCG analyse.

I alle regioner er andelen af ældre over 65 år således steget stabilt mellem 2015 og 2023, og fremskrivninger viser, at de fortsat vil stige mod både 2035 og 2045. Region Sjælland har den højeste andel ældre over 65 år (23,6 pct. i 2023), mens andelen er lavest i Region Hovedstaden (17,4 pct. i 2023).

3.2 Udvikling i aktivitet - sygehuse

Nedenfor præsenteres udviklingen i antallet af patienter med mindst én kontakt til et sygehus.¹ Herefter beskrives udviklingen i antallet af kontakter til sygehus, endelig præsenteres udviklingen i ressourcetrækket blandt sygehuspatienter.

Opgørelserne omfatter ambulante kontakter og indlæggelser af både somatisk og psykiatrisk karakter. Tallene er afgrænset til patienter med fysisk fremmøde på sygehus, men hvor relevant inddrages også udviklingen i virtuelle kontakter til sygehus.

¹ Tallene afspejler patienter som har haft mindst én kontakt, svarende til ét sygehusophold, i det pågældende år. Et sygehusophold (herefter "kontakt") er en kobling af fysiske fremmøder på danske hospitaler, såfremt de er tidsmæssigt overlappende eller optræder med ≤4 timers afstand mellem udskrivningstidspunktet for forudgående kontakt og indskrivningstidspunktet for efterfølgende kontakt.

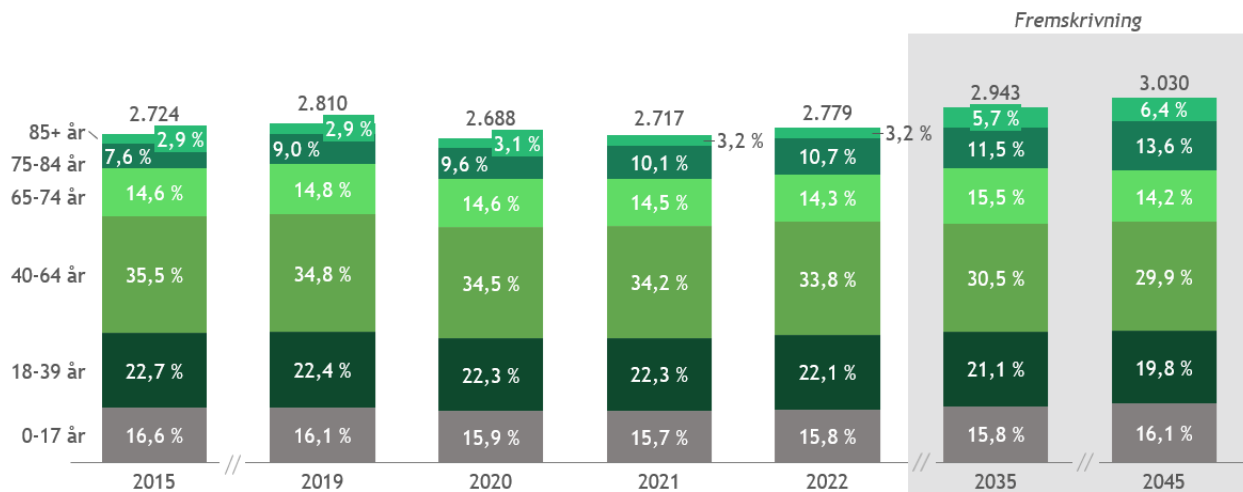
3.2.1 Udviklingen i antal patienter med kontakt til sygehuse

Flere har kontakt til sygehuse

Samlet set har antallet af patienter på sygehusene været stigende over tid, men udviklingen er præget af effekterne af COVID og sygeplejerskestrejken i 2020/2021. I 2022 var knap 2,78 mio. patienter således i kontakt med sygehuse, hvilket er en anelse flere end i både 2021 og 2020, jf. figur 3 nedenfor. Niveauet i 2022 er dog en smule lavere end i 2019, hvor der var 2,81 mio. patienter. Der ses dermed et fald i 2020 og en stigende tendens herefter, som dog ikke er kommet op på samme niveau endnu.

Figur 3 | Udvikling i antal patienter med kontakt til sygehuse

Antal unikke patienter med mindst én kontakt til sygehus (1.000 patienter og andel af total pr. aldersgruppe), 2015-2045F



Noter: Afgrænset til patienter med dansk bopæl. Inkluderer ikke (off. finansierede) sygehuskontakter, der kun foregår på private hospitaler. Årstallet er for sygehuskontaktens afslutning. Aldersgruppe pr. 1 januar i året. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR); BCG analyse.

Det må dog bemærkes, at antallet af patienter med virtuelle kontakter til sygehus, dvs. enten video- eller telefonkonsultationer, er steget markant i samme periode.² I 2022 var der således knap 988.000 patienter, som havde en virtuel kontakt til sygehus, sammenlignet med 610.000 i 2015. Dette svarer til en stigning på 61,9 pct. Således kan virtuelle kontakter i et vist omfang gøre op for faldet mellem 2019 og 2020 i antallet af patienter, der havde fysisk fremmøde på hospitalet, jf. figur 3.

Med afsæt i den demografiske udvikling og herunder det stigende antal ældre, viser fremskrivninger, at antallet af patienter, med fysisk kontakt til sygehus, stiger til godt 3,0 mio. i 2045, eller en stigning på 9 pct. fra 2022, jf. figur 3. Der kan således forventes et stigende pres på sygehusene over tid.

² Afgrænset til offentligt finansierede kontakter og personer med dansk bopæl. Videokonsultationer = procedurekode BVAA33D, telefonkonsultationer = BVAA33A. Kilde: Sundhedsdatastyrelsen (tal fra LPR 10. marts 2023).

Stigningen drives fortrinsvis af et stigende antal ældre

Da ældre i højere grad end andre aldersgrupper har kontakt til sygehuse, får den stigende andel ældre stor betydning for antallet af patienter, jf. figur 3. Godt hver tredje patient vil være over 65 år i 2045 - eller omkring 1 mio. patienter.

Tendensen er endnu mere udtalt blandt de ældste ældre over 85 år. Her sker der en fordobling i andelen af patienter fra 3,2 pct. i 2022 til 6,4 pct. i 2045 svarende til omkring 200.000 patienter i 2045, jf. figur 3.

Flest voksne i den erhvervsaktive alder på sygehusene

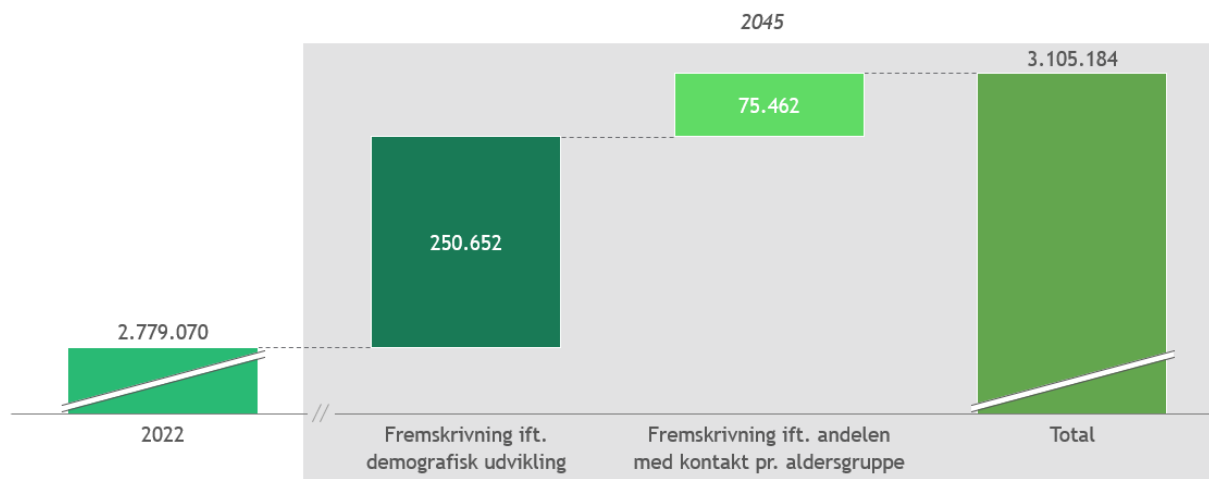
Samlet set udgjorde voksne i den erhvervsaktive alder (18-64 år) 55,9 pct. af alle patienter med kontakt til sygehus i 2022. Fremskrivninger af den demografiske udvikling viser imidlertid, at denne andel bliver mindre frem mod 2045, hvor 49,7 pct. forventes at være mellem 18 og 64 år.

I figur 3 ovenfor fremskrives udviklingen i antallet af patienter med kontakt til sygehus alene på baggrund af den demografiske udvikling.

Hvis vi tilføjer vækstraten i forhold til andelen af borgere med kontakt for hver aldersgruppe og antager, at denne vender tilbage til niveauet før COVID, betyder dette en stigning i antallet af patienter i 2045 på yderligere 75.000 eller samlet 3,11 mio. patienter, jf. figur 4 nedenfor.

Figur 4 | Antal patienter med kontakt til sygehuse: Fremskrivning

Antal unikke patienter med mindst én kontakt til sygehus, 2022 og 2045F



Note: "Fremskrivning ift. demografisk udvikling" jf. figur 3. "Fremskrivning ift. andelen med kontakt pr. aldersgruppe" baseres på vækstraten i andelen af borgere med kontakt pr. aldersgruppe 2015-2019. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR); BCG analyse.

Andelen af borgere med kontakt til sygehus varierer på tværs af aldersgrupper

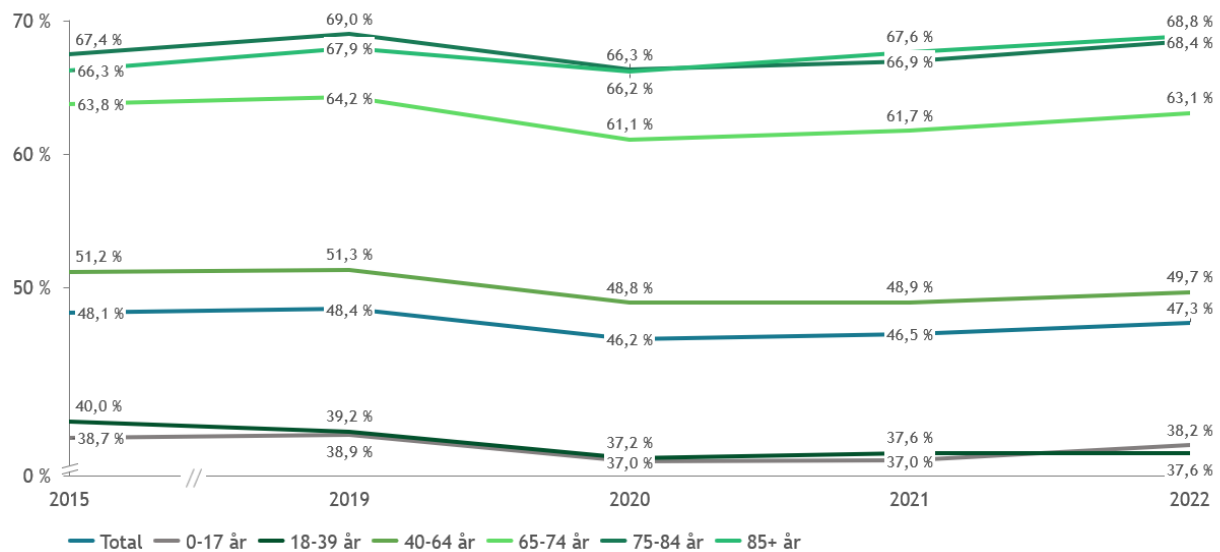
I 2022 havde 47,3 pct. af alle borgere mindst én fysisk kontakt til sygehus, hvilket er et fald fra 48,4 pct. i 2019, jf. figur 5 nedenfor. Dette kan skyldes længerevarende

effekter af COVID og sygeplejerskestrejken i 2020/2021. Trods faldet i andelen af borgere med fysisk fremmøde på sygehus, er antallet af patienter med virtuelle kontakter som nævnt steget.

Der ses store forskelle på tværs af aldersgrupper hvad angår andelen af borgere med kontakt til sygehus. Godt en tredjedel af børn under 18 år havde således kontakt til sygehus i 2022, mens det var gældende for knap halvdelen af voksne mellem 40 og 64 år. Blandt de ældste ældre over 85 år var godt to tredjedele i kontakt med sygehus, jf. figur 5.

Figur 5 | Udvikling i andelen af borgere med kontakt til sygehuse pr. aldersgruppe

Andel af borgere med kontakt til sygehuse pr. aldersgruppe, 2015-2022



Noter: Afgrænset til patienter med dansk bopæl. Inkluderer ikke (off. finansierede) sygehuskontakter, der kun foregår på private hospitaler. Årstallet er for sygehuskontaktens afslutning. Aldersgruppe er pr. 1 januar i året. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR); Danmarks Statistik (BEFOLK1: "Befolkningen 1. januar efter alder og tid"); BCG analyse.

På tværs af regioner ses kun mindre ændringer over tid

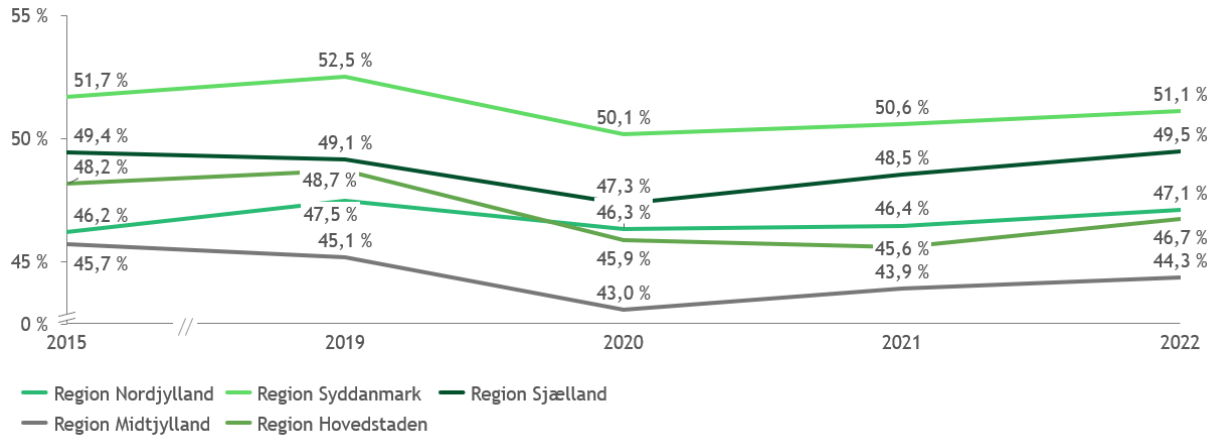
Der ses et fald i andelen af borgere med kontakt til sygehuse i forbindelse med COVID i alle regioner, jf. figur 6 nedenfor. Da figuren er trunkeret for at tydeliggøre forskellene på tværs af regioner, virker dette dog større, end det reelt er. Fra 2020 ses der igen en stigning i andelen af borgere med kontakt.

På tværs af regioner havde Region Syddanmark i 2022 den højeste andel af borgere med kontakt til sygehus (51,1 pct.). Region Midtjylland ligger lavere end de øvrige regioner - her havde 44 pct. af borgerne kontakt med sygehus i 2022. Andelen af borgere med kontakt til sygehus har ligget stabilt siden 2020 i alle regioner.

Det skal også bemærkes, at der ikke er en direkte sammenhæng mellem andelen af borgere med kontakt til sygehus og andelen af ældre i regionen - Region Sjælland har

således den højeste andel ældre (jf. figur 2), men ligger lavere end Region Syddanmark ift. andel borgere med kontakt til sygehus, jf. figur 6 nedenfor.

Figur 6 | Udvikling i andelen af borgere med kontakt til sygehuse på tværs af regioner
Andel af borgere med kontakt til sygehuse pr. region, 2015-2022



Noter: Patientens bopælsregion på udskrivningstidspunktet. Den enkelte borger kan indgå i flere regioner, hvis de flytter i løbet af året. Kilder: Sundhedsdatastyrelsens databank, eSundhed (Egne beregninger baseret på tal fra LPR version 30. marts 2021 for LPR2 og 10. marts 2023 for LPR3, CPR-registeret; Sygesikringsregisteret); Danmarks Statistik (FOLK1A: "Folketal den 1. i kvartalet efter område og tid"); BCG analyse.

3.2.2 Udvikling i antal kontakter til sygehus

Antal fysiske kontakter til sygehus er fortsat påvirkede af COVID

Samlet set har der været en stigning i antallet af fysiske kontakter til sygehus³, med undtagelse af et fald fra 2019 til 2020 som følge af COVID, jf. figur 7 nedenfor. I 2022 var der således 12,12 mio. fysiske kontakter til sygehus. Heraf udgør kontakter til det somatiske sygehusområde langt størstedelen (+90 pct. af sygehuskontakter i alle årene mellem 2015-2022).⁴

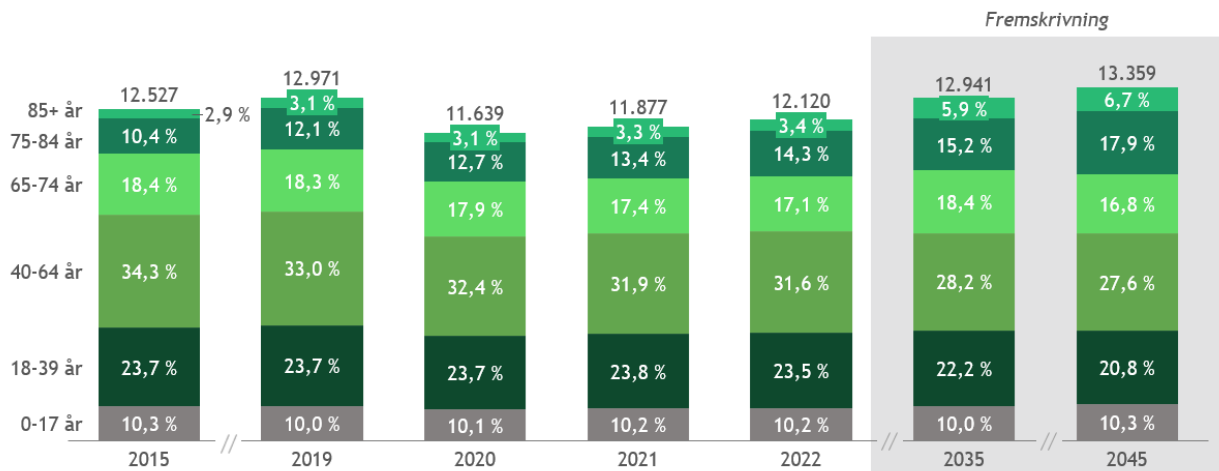
Antallet af kontakter er markant lavere end i 2019 (12,97 mio. kontakter), inden COVID, men det er samtidig steget med 4,1 pct. siden starten af pandemien i 2020.

³ En kontakt afspejler et sygehusophold (herefter "kontakt"), hvilket er en kobling af fysiske fremmøder på danske hospitaler, såfremt de er tidsmæssigt overlappende eller optræder med ≤4 timers afstand mellem udskrivningstidspunktet for foregående kontakt og indskrivningstidspunktet for efterfølgende kontakt.

⁴ Kontakter til somatisk sygehusområde defineres som sygehuskontakter, hvor ingen fysiske fremmøder er på en afdeling med et psykiatrisk speciale (speciale 50: psykiatri, eller 52: børne- og ungdomspsykiatri), og hvor ingen fysiske fremmøder har aktionsdiagnosen DF* "Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser". Kilder: Sundhedsdatastyrelsens databank, eSundhed (LPR version 30. marts 2021 for LPR2 og 10. marts 2023 for LPR3 og CPR-registeret); BCG analyse.

Figur 7 | Udvikling i antal fysiske kontakter til sygehus

Antal fysiske kontakter til sygehus (1.000 og andel af total pr. aldersgruppe), 2015-2045F



Noter: Afgrænset til patienter med dansk bopæl. Inkluderer ikke (off. finansierede) sygehuskontakter, der kun foregår på private hospitaler. Årstallet er for sygehuskontaktens afslutning. Aldersgruppe er pr. 1 januar i året. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR); BCG analyse.

Antallet af virtuelle kontakter er stigende

Udover stigningen i fysiske kontakter ses der en markant stigning i antallet af virtuelle kontakter til sygehus (videokonsultationer og telefonkonsultationer)⁵, fra 1,7 mio. kontakter i 2015 til 3,0 mio. i 2022, svarende til en stigning på 79,8 pct. Heraf er størstedelen telefonkonsultationer (97,7 pct. af alle virtuelle kontakter i 2022), mens den resterende andel er videokonsultationer.

Som tidligere nævnt drev COVID et fald i antallet af fysiske kontakter til sygehus mellem 2019 og 2020, jf. figur 7. Ikke-overraskende steg antallet af virtuelle kontakter i samme periode med over 1 mio. kontakter, fra 2,20 mio. til 3,24 mio. virtuelle kontakter. Dette underbygger, at der trods nedgangen i fysiske kontakter til sygehusene fortsat har været et større træk på sygehusene.

1,2 mio.
flere kontakter
forventes i 2045

Fremskrivning viser over en million flere kontakter i 2045

Det totale antal (fysiske) kontakter til sygehus forventes på baggrund af den demografiske udvikling at stige til 13,36 mio. i 2045, svarende til en årlig vækstrate på 0,4 pct. fra 2022 til 2045, jf. figur 7. Fremskrivninger viser dog, at antallet af fysiske kontakter til sygehus først når 2019-niveauet præ-COVID i 2036.

Stigningen er mest markant blandt de ældste ældre over 85 år, hvor fremskrivninger viser en næsten fordobling i deres andel af de samlede

⁵ Afgrænset til alle offentligt finansierede kontakter og personer med dansk bopæl. En person kun kan have en konsultation pr. dag pr. sygehus. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (LPR); BCG analyse.

sygehuskontakter fra 3,4 pct. til 6,7 pct., jf. figur 7. Således forventes antallet af kontakter til sygehus blandt de ældste ældre over 85 år at stige fra godt 413.000 i 2022 til knap 900.000 i 2045, svarende til en stigning på 117 pct.

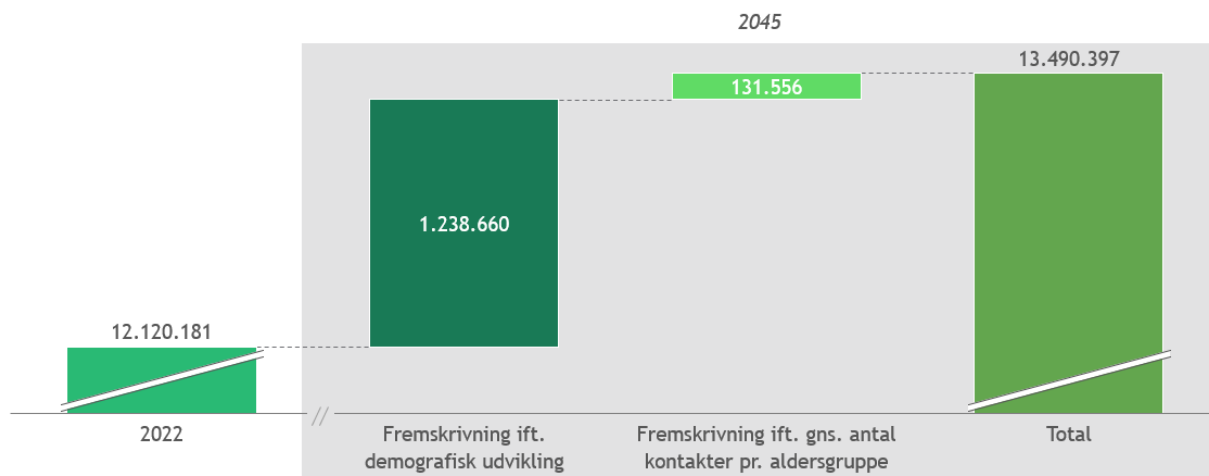
Samlet set viser fremskrivninger, at ældre over 65 år vil stå for 41 pct. af alle kontakter i 2045, hvor dette tal i 2022 kun var 35 pct..

I figur 7 ovenfor fremskrives udviklingen i antal kontakter til sygehus alene på baggrund af den demografiske udvikling.

Hvis vi tilføjer vækstraten i det gennemsnitlige antal kontakter for hver aldersgruppe og antager, at denne vender tilbage til niveauet før COVID, betyder dette en stigning i antallet af kontakter i 2045 på yderligere 132.000 eller samlet 13,49 mio. kontakter, jf. figur 8.

Figur 8 | Antal kontakter til sygehuse: Fremskrivning

Antal kontakter til sygehus, 2022 og 2045F



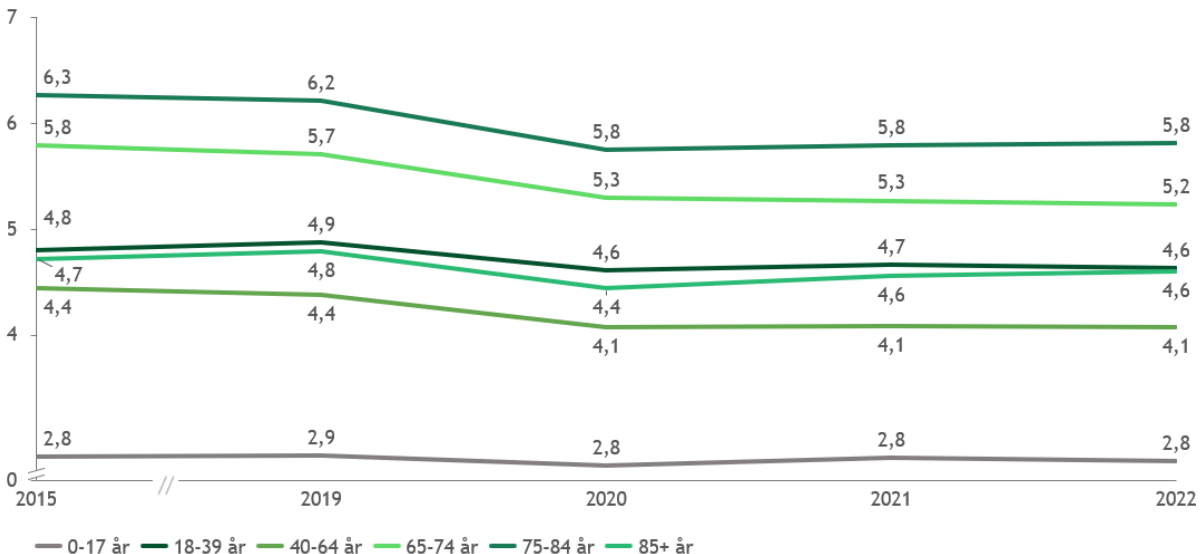
Note: "Fremskrivning ift. demografisk udvikling" jf. figur 7. "Fremskrivning ift. gns. antal kontakter pr. aldersgruppe" baseres på vækstraten i gns. antal kontakter fra 2015-2019 pr. aldersgruppe. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR); BCG analyse.

Træk på sygehusene er størst blandt patienter mellem 75 og 84 år

På tværs af aldersgrupper er det gennemsnitlige antal kontakter til sygehus pr. patient højst blandt ældre over 65 år, jf. figur 9 nedenfor. Eksempelvis havde patienter mellem 75 og 84 år 5,8 kontakter til sygehus i 2022, hvor 40-64-årige havde 4,1 kontakter i gennemsnit, jf. figur 9. En mindre undtagelse til dette er patienter i aldersgrupperne 18-39 år og over 85 år - det gennemsnitlige antal kontakter til sygehus er relativt ens mellem disse to aldersgrupper.

Figur 9 | Udvikling i gennemsnitlig antal kontakter til sygehus pr. aldersgruppe

Gns. antal kontakter til sygehus pr. patient, 2015-2022



Noter: Afgrænset til patienter med dansk bopæl. Inkluderer ikke (off. finansierede) sygehuskontakter, der kun foregår på private hospitaler. Årstallet er for sygehuskontaktens afslutning. Aldersgruppe er pr. 1 januar i året. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR); BCG analyse.

Blandt alle aldersgrupper er det gennemsnitlige antal kontakter til sygehus samlet set faldet over tid, dvs. mellem 2015 og 2022, jf. figur 9. Blandt patienter under 75 år er dette særligt drevet af et fald i antal kontakter til sygehus, hvor det for patienter over 75 år skyldes en større vækst i antal patienter relativt til antal kontakter mellem 2015 og 2022. Trods denne udvikling har det samlede træk på sygehusene været stigende i de seneste år, jf. figur 3 og 7.

Flest ambulante kontakter til sygehuse

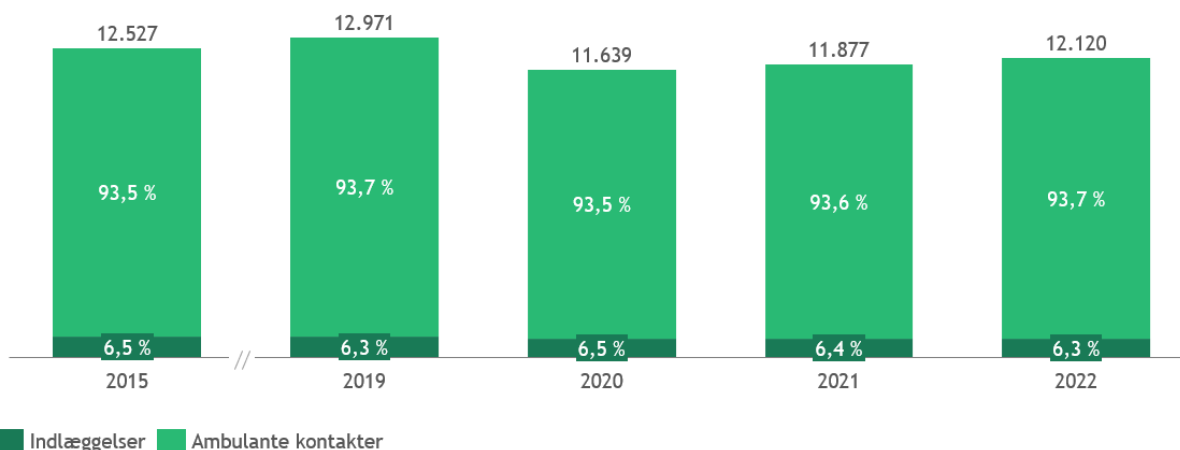
Ambulante kontakter udgør langt størstedelen af det samlede antal kontakter til sygehus i Danmark - i 2022 var knap 94 pct. af alle kontakter ambulante, mens resten var indlæggelser, jf. figur 10 nedenfor.

Over tid har andelen af indlæggelser varieret lidt mellem 6,5 og 6,3 pct. af alle kontakter, jf. figur 10. Dette dækker dog over et fald i antallet af indlæggelser fra 813.000 i 2019 til 760.000 i 2020, hvorefter antallet af indlæggelser har ligget stabilt.

Der skete ligeledes et stort fald i antallet af ambulante kontakter i forbindelse med COVID, fra godt 12 mio. i 2019 til knap 11 mio. i 2020. Herefter ses der mindre årlige stigninger, men antallet ligger fortsat under niveauet præ-COVID.

Figur 10 | Udvikling i andelen af ambulante kontakter og indlæggelser

Antal kontakter til sygehus (1.000), opdelt i hhv. andelen af indlæggelser og ambulante kontakter, 2015-2022



Noter: Indlæggelser er ≥ 12 timer, hvor varigheden beregnes fra tidligste indskrivningstidspunkt til seneste udskrivningstidspunkt på de fysiske fremmøder i sygehuskontakten. Ambulant kontakt er < 12 timer. Afgrænset til patienter med dansk bopæl. Inkluderer ikke (off. finansierede) sygehuskontakter, der udelukk. foregår på private hospitaler. Årstallet er for sygehuskontaktens afslutning. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR); BCG analyse.

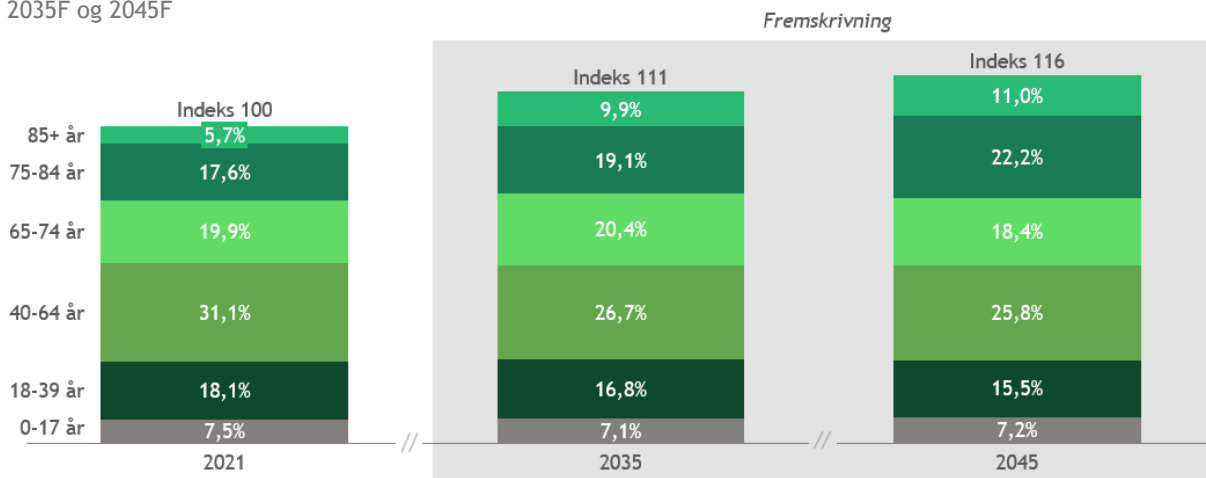
3.2.3 Udvikling i ressourcetræk blandt sygehuspatienter

Stigende ressourcetræk på sygehusene særligt blandt ældre patienter

Fremskrivninger viser, at det samlede ressourcetræk på sygehusområdet i 2045 vil stige med 16 pct. sammenlignet med 2021, jf. figur 11 nedenfor.

Figur 11 | Udvikling i ressourcetræk på sygehus

Indekstal for udvikling i ressourcetræk på sygehus og andel af samlet ressourcetræk pr. aldersgruppe, 2021, 2035F og 2045F



Noter: Opgørelserne vil være påvirket af ændringer i aktivitet pba. COVID og sygeplejerskestrejken. Repræsenterer både somatisk og psykiatrisk sygehus - Somatik: DRG-takster, Psykiatri: Stationær aktivitet pba. sengedagstakst, ambulante aktivitet pba. besøgstakst. Psykiatrien er underestimeret da der anvendes nuværende sengedagstakster og ambulante takst, som er PL-reguleret i over 20 år. Afgrænset til borgere med bopæl i danske regioner, behandlet på off. sygehuse eller andre inst. betalt af bopælsregion. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (LPR DRG-grupperet, takstsystem 2021 pr. 10. mar. 2022; Sygesikringsregisteret); BCG analyse.

Det stigende ressourcetræk vil især være drevet af de ældre sygehuspatienter over 65 år. Hvor det reelle ressourcetræk forventes at stige blandt ældre sygehuspatienter, indebærer den demografiske udvikling et fald for patienter i den erhvervsaktive alder (18-64 år). I 2021 stod de ældre over 65 år for godt 43 pct. af ressourcetrækket på sygehuse, men fremskrivninger viser, at de i 2045 vil stå for næsten 52 pct., jf. figur 11 ovenfor. Imidlertid ventes det samlede ressourcetræk til sygehuse blandt voksne i den erhvervsaktive alder at falde fra godt 49 pct. i 2021 til 41 pct. i 2045. Dermed forventes en ændring i sammensætningen af ressourcetrækket blandt aldersgrupperne.

3.2.4 Opsamling: Udviklingen på sygehusområdet

Selvom der har været en stigning i både antal patienter og antal kontakter til sygehuse, er det tydeligt, at COVID stadig påvirker sygehusområdet. Mens antal patienter i kontakt med sygehus næsten har nået præ-COVID-niveauet, er det samlede antal kontakter stadig markant lavere. Når det er sagt, har antallet af virtuelle kontakter til sygehus (telefon og video) været stigende, og særligt under COVID. Således er der, trods nedgangen i fysiske sygehuskontakter, fortsat et større træk på sygehusområdet. Desuden er der ingen tvivl om, at særligt det stigende antal ældre de næste 10-20 år vil betyde en stigning i aktivitet - både i forhold til antallet af patienter og antallet af fysiske kontakter. Det stigende antal patienter med kontakt til sygehus ventes at påvirke det samlede ressourcetræk på sygehusområdet - i 2045 viser fremskrivninger, at ressourcetrækket vil stige til indeks 116 sammenlignet med 2021. Stigningen vil især være drevet af det stigende antal ældre og et stigende antal kontakter blandt ældre, som i gennemsnittet er mere ressourcekrævende end kontakter blandt yngre aldersgrupper.

3.3 Udvikling i aktivitet - praksissektoren

Nedenfor beskrives udviklingen i praksissektoren, som her omfatter almen praksis, speciallægepraksis og øvrig praksis. Speciallægepraksis dækker over ydelser hos privatpraktiserende speciallæger inden for fx dermatologi, ortopædkirurgi, psykiatri og pædiatri. Øvrig praksis omfatter fysioterapi, kiropraktik, fodbehandling og psykologhjælp. Almen praksis, speciallægepraksis og øvrig praksis behandles særskilt nedenfor.

3.3.1 Udvikling i praksissektoren - almen praksis

Nedenfor belyses udviklingen i antallet af patienter med kontakt til almen praksis i dagtid.⁶ Herefter beskrives udviklingen i antallet af kontakter til almen praksis i

⁶ En kontakt defineres som en afregnet ydelse, der udgør en særskilt kontakt mellem borger og behandler. Aktivitet er baseret på oplysninger om afregnede ydelser fra Sygesikringsregisteret. Tillægsydelser, som ikke kan afregnes alene, er ikke inkluderet i opgørelsen. Der er afgrænset til registreringer, hvor borgerens køn, alder og bopælsregion kan identificeres. Aktiviteten er ikke afgrænset på baggrund af sygesikringsgruppe.

dagstid. Kontakter til almen praksis omfatter både fysiske kontakter, video-, telefon- og e-mailkonsultationer.

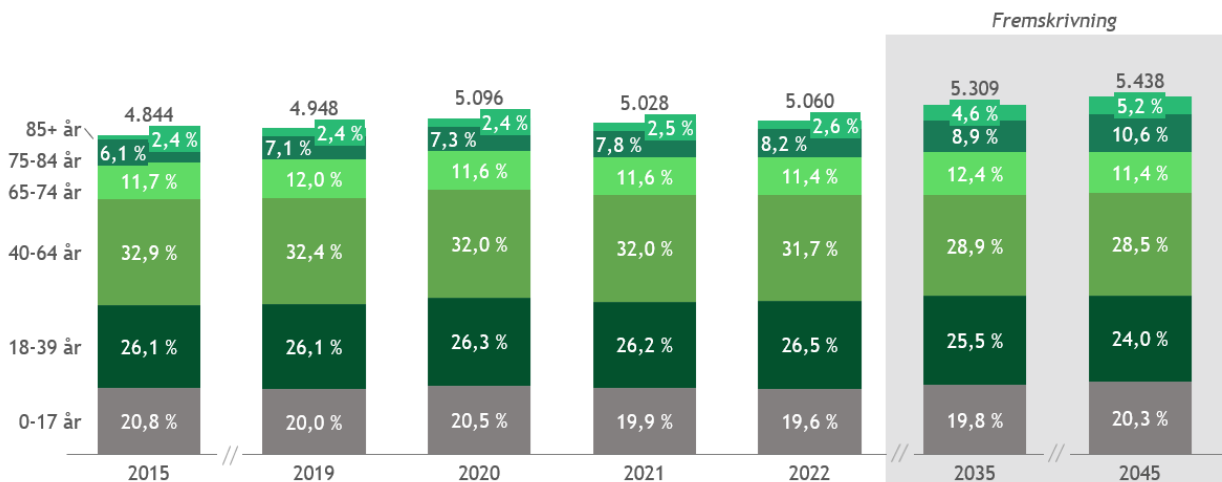
3.3.1.1 Udvikling i antal patienter med kontakt til almen praksis

Stabilt antal patienter i almen praksis

Antallet af patienter med kontakt til almen praksis har været forholdsvis stabilt de senere år og er i 2022 kun steget lidt siden 2019, jf. figur 12 nedenfor. Inden COVID var der dog en stigning mellem 2015 og 2019 svarende til en årlig vækstrate på 0,5 pct., jf. figur 12.

Figur 12 | Udvikling i antal patienter med kontakt til almen praksis

Antal unikke patienter med kontakt til almen praksis i dagstid (1.000 patienter og andel af total pr. aldersgruppe), 2015-2045F



Noter: Årstallet er afregningsåret. Aldersgruppe er pr. 1. januar i afregningsåret. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra Sygesikringsregisteret og CPR-registeret); BCG analyse.

Med udgangspunkt i den demografiske udvikling forventes der en forholdsvis stor stigning fremadrettet fra 5,06 mio. patienter i 2022 til 5,44 mio. i 2045, svarende til en stigning på 7,5 pct.

Den større andel ældre driver en fremtidig stigning i antal patienter

Blandt patienter med kontakt til almen praksis ventes en stigning i andelen af ældre over 65 år - i 2022 udgjorde ældre patienter 22,2 pct. af hele patientgruppen, men fremskrivninger viser, at de i 2045 vil udgøre 27,2 pct. Dette vil få stor betydning, da de ældre typisk også har flere kontakter.

Voksne mellem 18 og 64 år udgør den største patientgruppe med 58,2 pct. eller 2,94 mio. patienter i 2022. På grund af et faldende antal borgere i denne aldersgruppe, vil der forventeligt ske et tilsvarende fald i antallet af patienter til 52,5 pct. af den samlede patientgruppe i 2045.

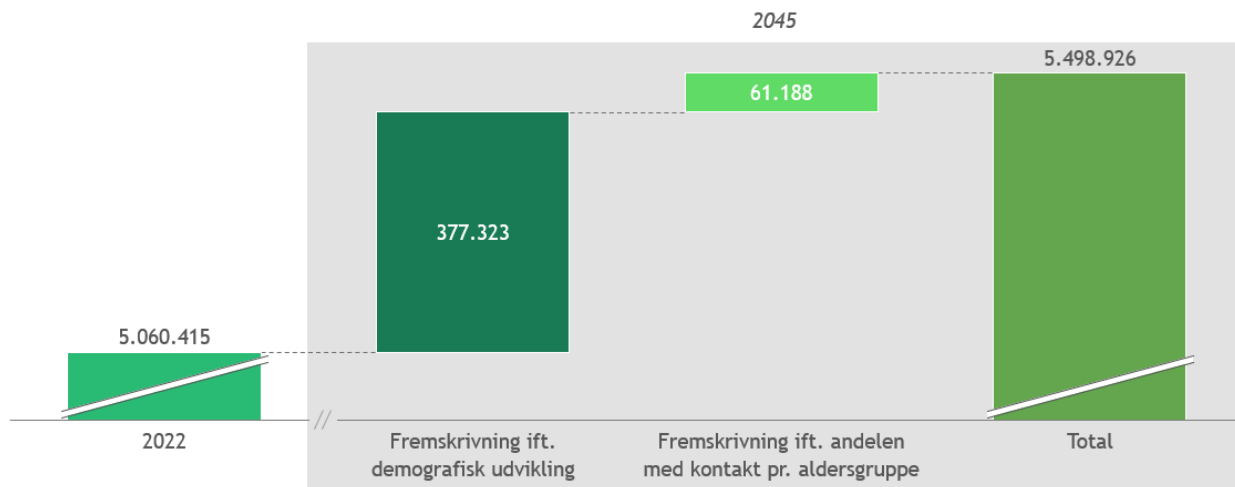
Blandt de ældste ældre over 85 år, viser fremskrivninger, at antallet af patienter med kontakt til almen praksis vil blive mere end fordoblet fra 2022 til 2045, hvilket vil betyde omkring 150.000 flere patienter i denne aldersgruppe.

Ovenfor fremskrives udviklingen i antallet af patienter med kontakt til almen praksis alene på baggrund af den demografiske udvikling.

Hvis vi tilføjer vækstraten i forhold til andelen af borgere med kontakt for hver aldersgruppe og antager, at denne fortsætter tilsvarende niveauet mellem 2015 og 2022, betyder dette en stigning i antallet af patienter i 2045 på yderligere 61.000 eller samlet knap 5,5 mio. patienter, jf. figur 13 nedenfor.

Figur 13 | Antal patienter med kontakt til almen praksis: Fremskrivning

Antal unikke patienter med kontakt til almen praksis i dagstid, 2022 og 2045F



Note: "Fremskrivning ift. demografisk udvikling" jf. figur 12. "Fremskrivning ift. andelen med kontakt pr. aldersgruppe" baseres på vækstraten i andelen af borgere med kontakt pr. aldersgruppe fra 2015-2022. For aldersgruppen 85+ fastholdes andelen i 2022, da denne her ligger på 99,4 pct. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra Sygesikringsregisteret og CPR-registeret); BCG analyse.

Andelen med kontakt til almen praksis varierer på tværs af aldersgrupper

Andelen af borgere med kontakt til almen praksis er steget over tid, men der ses dog store forskelle på tværs af aldersgrupper, jf. figur 14 nedenfor.

Figur 14 | Udvikling i andelen af borgere med kontakt til almen praksis pr. aldersgruppe

Andel af borgere med kontakt til almen praksis i dagstid pr. aldersgruppe, 2015-2022



Note: Årstallet er afregningsåret. Aldersgruppe er pr. 1. januar i afregningsåret. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra Sygesikringsregisteret og CPR-registeret); Danmarks Statistik ("Befolkningen 1. januar efter alder og tid"); BCG analyse.

I 2022 havde 86,3 pct. af alle borgere mellem 0-17 år kontakt til almen praksis, hvor det samme var tilfældet for 82,0 pct. af alle borgere mellem 18 og 39 år, jf. figur 14. Dette kan skyldes, at besøg hos praktiserende læge forekommer hyppigere blandt spædbørn og børn relativt til yngre voksne. Blandt de ældste ældre over 85 år var næsten alle borgere i aldersgruppen (99,4 pct.), i kontakt med almen praksis i 2022, jf. figur 14.

Der sker kun mindre udsving over årene for de enkelte aldersgrupper. Det er dog bemærkelsesværdigt, at der særligt for børn mellem 0 og 17 år og unge voksne mellem 18 og 39 år sker et fald i andelen med kontakt til almen praksis fra 2015 til 2019. I 2022 er niveauet dog igen på samme niveau som i 2015.

På tværs af regioner ses kun mindre ændringer over tid

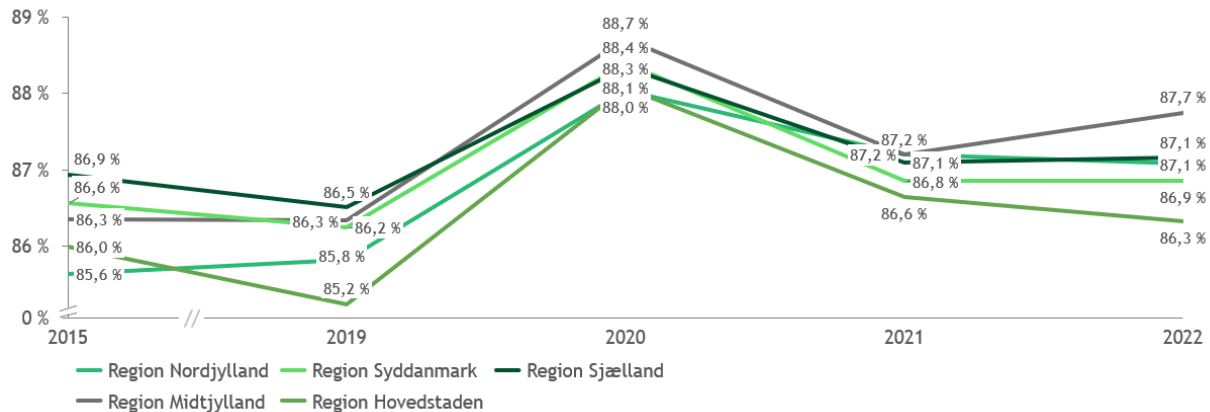
På tværs af regioner har andelen af borgere med kontakt til almen praksis været relativt stabil fra 2015 til 2022, dog med en mindre vækst i andelen fra 2019 til COVID-årene 2020 og 2021, jf. figur 15 nedenfor. Forskellene ser mere betydelige ud, da figuren er trunkeret med henblik på at tydeliggøre forskelle på tværs af regioner.

Mellem 2020 og 2022 har Region Midtjylland den højeste andel borgere med kontakt (87,7 - 88,7 pct.), mens Region Hovedstaden har den laveste andel (86,3 - 88,1 pct.). For Region Hovedstaden spejler dette kontaktmønster til dels den lavere andel borgere over 65 år (17,4 pct. i 2022), jf. figur 2. Region Midtjylland skiller sig dog ud,

idet den høje andel borgere i kontakt ses på trods af, at regionen har den næstlavest andel af borgere over 65 år, jf. figur 2.

Figur 15 | Udvikling i andelen af borgere med kontakt til almen praksis på tværs af regioner

Andel af borgere med kontakt til almen praksis i dagtid pr. region, 2015-2022



Noter: Årstallet er behandlingstidspunktet. Kilder: Sundhedsdatastyrelsens databank, eSundhed (Egne beregninger baseret på tal fra Sygesikringsregisteret og CPR-registeret); Danmarks Statistik (FOLK1A: "Folketal den 1. i kvartalet efter område og tid"); BCG analyse.

3.3.1.2 Udvikling i antal kontakter til almen praksis

Næsten fem mio. flere kontakter forventes i 2045

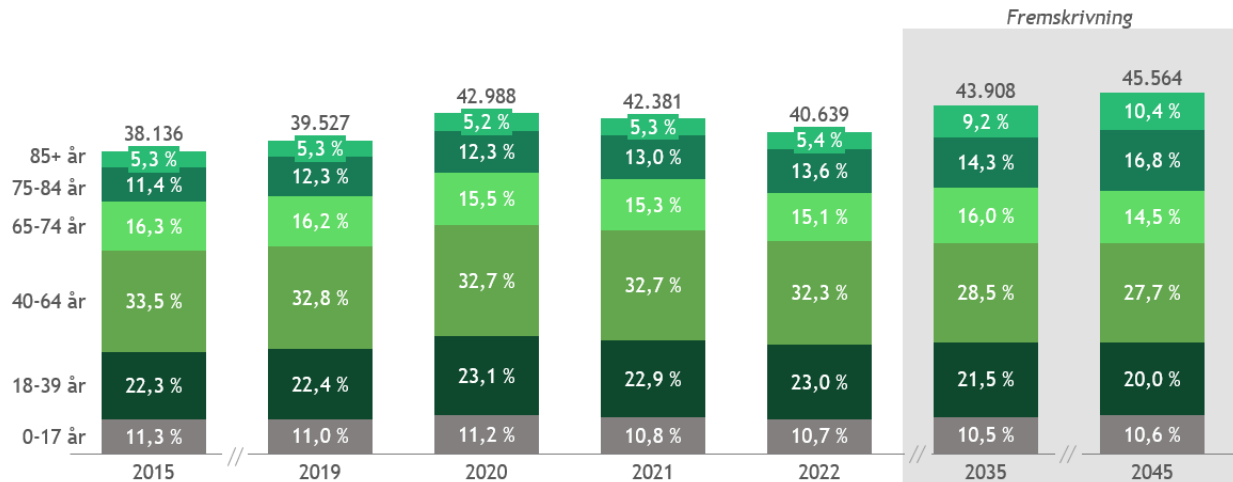
I 2022 var der i alt 40,64 mio. kontakter til almen praksis.⁷ Antallet af kontakter var stigende frem til 2020, hvorefter der i 2021 og 2022 var et fald, som formentligt skyldes den større kontakt til almen praksis i 2020 grundet COVID (fx svar ifm. COVID prøve), jf. figur 16 nedenfor.

Fremskrivninger viser, at det totale antal kontakter til almen praksis vil stige til 45,6 mio. i 2045, svarende til en årlig vækstrate på 0,5 pct. fra 2022 til 2045. Denne udvikling drives primært af væksten i de ældste patienter - dette uddybes nedenfor.

⁷ En kontakt defineres som en afregnet ydelse, der udgør en særskilt kontakt mellem borger og behandler. Aktivitet er baseret på oplysninger om afregnede ydelser fra Sygesikringsregisteret. Tillægsydelser, som ikke kan afregnes alene, er ikke inkluderet i opgørelsen. Der er afgrænset til registreringer, hvor borgerens køn, alder og bopælsregion kan identificeres. Aktiviteten er ikke afgrænset på baggrund af sygesikringsgruppe.

Figur 16 | Udvikling i antal kontakter til almen praksis

Antal kontakter til almen praksis i dagtid (1.000 og andel af total pr. aldersgruppe), 2015-2045F



Noter: Årstallet er afregningsåret. Aldersgruppe er pr. 1. januar i afregningsåret. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra Sygesikringsregisteret og CPR-registeret); BCG analyse.

Særligt væksten i antallet af ældre driver væksten i kontakter til almen praksis

Stigningen i antal kontakter til almen praksis har været særligt høj blandt ældre over 65 år, jf. figur 16 ovenfor. I 2022 stod denne aldersgruppe for 13,83 mio. kontakter, hvilket svarer til 34,0 pct. af alle kontakter til almen praksis.

Fremskrivninger viser, at andelen af kontakter blandt patienter over 65 år vil stige til 41,6 pct. af alle kontakter i 2045, eller knap 19 mio. kontakter. Denne stigning er primært drevet af en vækst i kontakter blandt de ældste ældre over 85 år, hvor der forventes en fordobling af kontakter fra 2,2 mio. i 2022 til godt 4,7 mio. i 2045. Der forventes samtidig godt 2 mio. flere kontakter blandt ældre mellem 75 og 84 år.

117 pct.
stigning i antal kontakter blandt ældre over 85 år fra 2022-2045

Færre patienter i den erhvervsaktive alder

Patienter i den erhvervsaktive alder mellem 18 og 64 år stod for størstedelen af kontakter til almen praksis fra 2015 til 2022 med omkring 55 pct. af alle kontakter i hele perioden. Andelen forventes dog at falde til 47,7 pct. i 2045. Denne udvikling drives af et faldende antal personer i aldersgruppen.

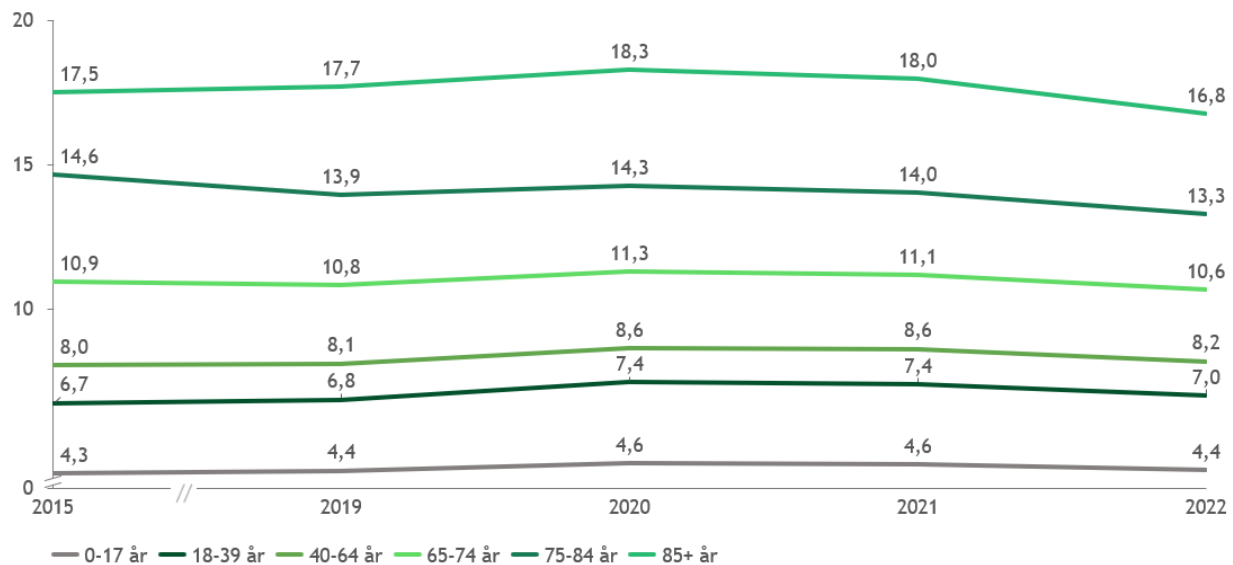
Blandt ældre over 65 år har det gennemsnitlige antal kontakter pr. patient været faldende

Ikke overraskende har ældre over 65 år i gennemsnit flere kontakter til almen praksis end yngre patienter - i 2022 havde patienter over 85 år i gennemsnit 16,8 kontakter til almen praksis, hvor patienter under 18 år havde 4,4, jf. figur 17.

Som nævnt i tidligere afsnit er både antallet af kontakter og antallet af patienter med kontakt til almen praksis steget blandt den samlede gruppe ældre over 65 år. Dog er det gennemsnitlige antal kontakter pr. patient faldet en smule over tid, jf. figur 17 nedenfor. Mens både antal patienter og antal kontakter er steget i perioden, er antallet af patienter vokset forholdsvis mere. Således er det samlede træk på almen praksis stadig steget blandt ældre patienter over 65 år.

Til sammenligning har det gennemsnitlige antal kontakter til almen praksis blandt yngre patienter under 65 år været relativt stabil over tid, jf. figur 17. De mindre udsving i 2020 kan skyldes øget kontakt til den alment praktiserende læge i forbindelse med COVID.

Figur 17 | Udvikling i gennemsnitlig antal kontakter til almen praksis pr. aldersgruppe
Gns. antal kontakter til almen praksis i dagtid pr. patient, 2015-2022



Noter: Årstallet er afregningsåret. Aldersgruppe er pr. 1. januar i afregningsåret. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra Sygesikringsregisteret og CPR-registeret); BCG analyse.

3.3.1.3 Opsamling: Udviklingen i almen praksis

Som det ses af ovenstående analyser, har der samlet set været en stigning i både antal patienter i kontakt med almen praksis og det totale antal kontakter. Der forventes samtidig en markant stigning i antallet af patienter og kontakter i almen praksis fremadrettet - hovedsagelig drevet af et stigende antal ældre.

3.3.2 Udvikling i praksissektoren - speciallæger

Nedenfor beskrives udviklingen i antallet af patienter med kontakt til speciallægepraksis.⁸ Derefter beskrives udviklingen i antallet af kontakter til speciallæger.

Speciallægepraksis dækker her over ydelser hos privatpraktiserende speciallæger inden for specialerne anæstesiologi, diagnostisk radiologi, dermatologi, venerologi, reumatologi, gynækologi og obstetrik, intern medicin, kirurgi, neurologi, øjenlægehjælp, ortopædkirurgi, ørelægehjælp, plastikkirurgi, psykiatri, pædiatri og børnepsykiatri.

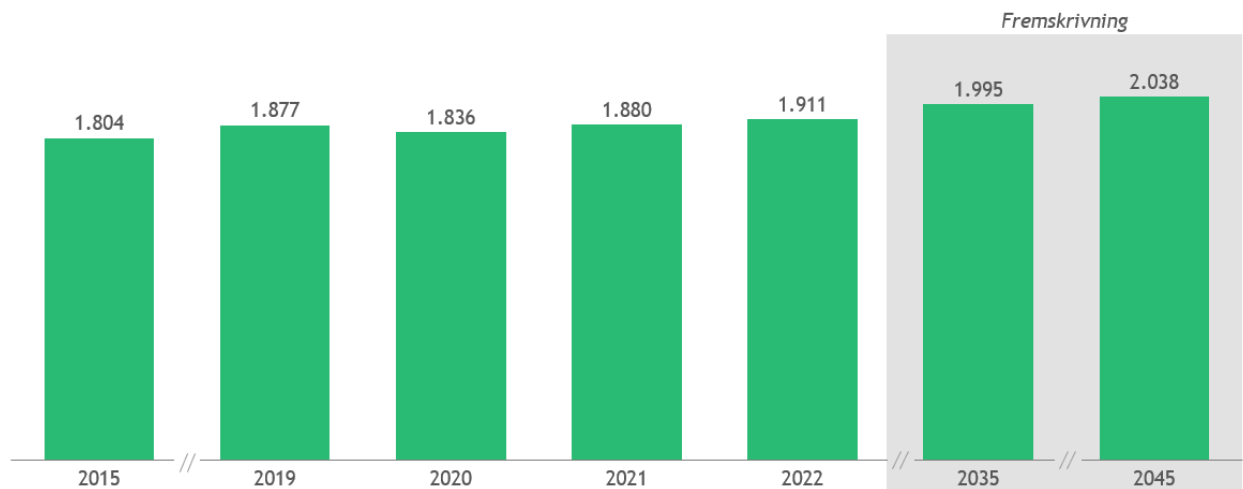
3.3.2.1 Udvikling i antal patienter med kontakt til speciallægepraksis

Vækst i antal patienter med kontakt til speciallægepraksis

Der ses en mindre stigning i antallet af patienter med kontakt til speciallæge over tid, fra 1,80 mio. patienter i 2015 til 1,91 i 2022, jf. figur 18. Der ses dog et mindre fald i 2020, som særligt var præget af COVID.

Figur 18 | Udvikling i antal patienter med kontakt til speciallægepraksis

Antal unikke patienter med mindst én kontakt til speciallægepraksis (1.000), 2015-2045F



Noter: Årstallet er behandlingstidspunktet. Kilder: Sundhedsdatastyrelsens databank, eSundhed (Egne beregninger baseret på tal fra Sygesikringsregisteret og CPR-registeret); BCG analyse.

Fremskrives antallet af patienter med kontakt til speciallægepraksis med den demografiske udvikling, forventes antallet af patienter at vokse til ca. 2,04 mio. i 2045 - en forventet stigning på 6,6 pct. sammenlignet med 2022.

⁸ En kontakt defineres som en afregnet ydelse, der udgør en særskilt kontakt mellem borger og behandler.

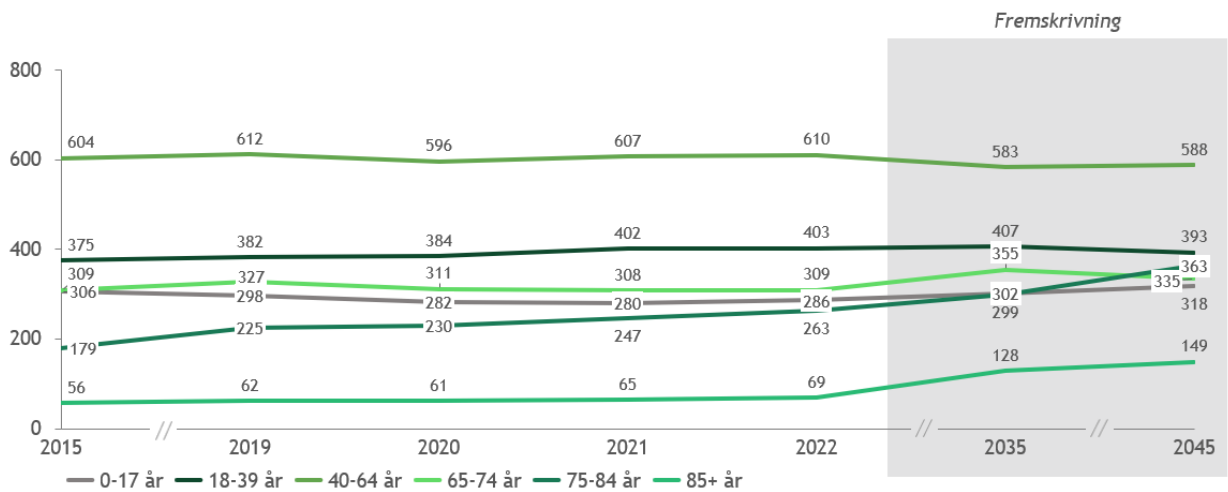
Forventning om flere ældre hos speciallæger

De 40-64-årige er den markant største patientgruppe hos speciallæger med godt 610.000 patienter i 2022, jf. figur 19. Dette er omkring 1,5 gange så mange patienter som den næststørste gruppe, de 18-39-årige.

I takt med det stigende antal ældre forventes antallet af patienter i disse aldersgrupper (18-64 år) dog at være mindre i 2045. Den forventede stigning i det totale antal patienter er således næsten udelukkende drevet af de ældre over 75 år. Sammenlignet med 2022 forventes der i 2045 at være 100.000 flere patienter mellem 75 og 84 år og 80.000 flere patienter over 85 år.

Figur 19 | Udvikling i antal patienter med kontakt til speciallægepraksis pr. aldersgruppe

Antal patienter med kontakt til speciallægepraksis pr. aldersgruppe (1.000), 2015-2045F



Noter: Årstallet er beh. tidspunktet. Alder er opgjort på beh. tidspunktet og patienter kan derfor indgå i flere aldersgrupper. Summen på tværs af aldersgrupper vil derfor ikke give den totale sum af unikke patienter jf. figur 18. Kilder: Sundhedsdatastyrelsens databank eSundhed (Egne beregninger baseret på tal fra Sygesikringsregisteret og CPR-registeret); BCG analyse.

3.3.2.2 Udvikling i antal kontakter til speciallægepraksis

Kun en mindre udvikling i omfanget af kontakter til speciallæge

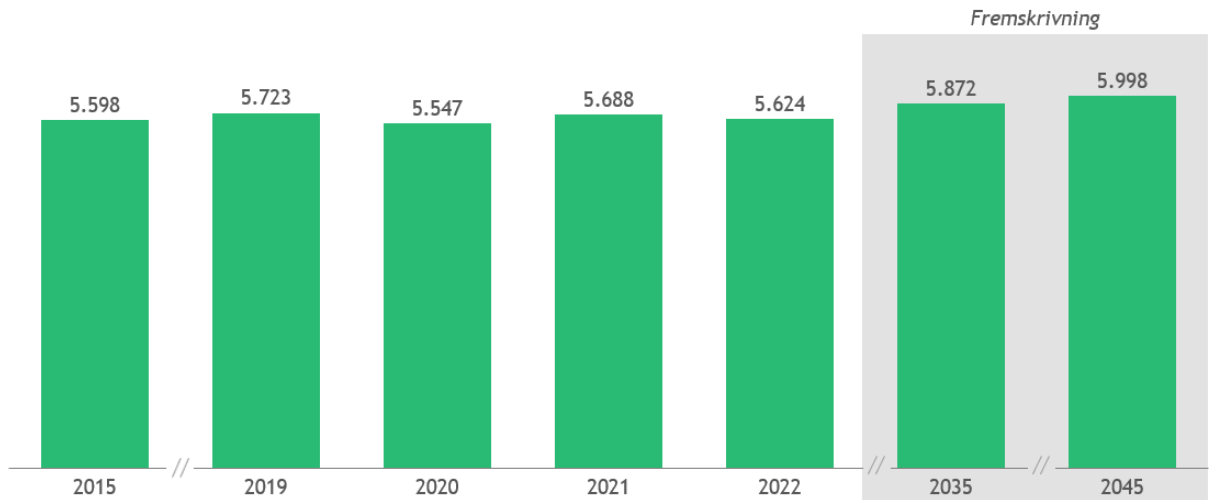
Antallet af kontakter til speciallægepraksis har været lettere svingende over tid.⁹ I 2022 var der godt 5,62 mio. kontakter til speciallægepraksis, jf. figur 20 nedenfor. Antallet af kontakter faldt med COVID og ligger således i 2022 fortsat under de 5,72 mio. kontakter i 2019.

⁹ En kontakt defineres som en afregnet ydelse, der udgør en særskilt kontakt mellem borger og behandler.

I takt med den forventede stigning i antallet af patienter, jf. figur 18, viser fremskrivninger, at det totale antal kontakter til speciallægepraksis vil stige fra 5,62 mio. i 2022 til knap 6,0 kontakter i 2045. Dette svarer til en stigning på 6,6 pct.

Figur 20 | Udvikling i antal kontakter til speciallægepraksis

Antal kontakter til speciallægepraksis (1.000), 2015-2045F



Noter: Årstallet er beh. tidspunktet. Kilder: Sundhedsdatastyrelsens databank, eSundhed (Egne beregninger baseret på tal fra Sygesikringsregisteret og CPR-registeret); BCG analyse.

En fordobling af kontakter blandt ældre over 85 år

Sammensætningen af patienter hos speciallæger vil forventeligt ændre sig over tid. Fremskrivninger viser, at der vil blive færre voksne i den erhvervsaktive alder - mellem 2022 og 2045 forventes et fald på -2,4 pct. i antallet af kontakter blandt 18-39-årige og -3,6 pct. blandt 40-64-årige, jf. figur 21.

Figur 21 | Udvikling i antal kontakter til speciallægepraksis pr. aldersgruppe

Antal kontakter til speciallægepraksis pr. aldersgruppe (1.000), 2015-2045F



Noter: Årstallet er beh. tidspunktet. Alder er på beh. tidspunktet og pt. kan derfor indgå i flere aldersgrupper. Fra 2022 (fremskrivningsår) kan kontakter ikke summeres på tværs af aldersgr., da de baseres på ikke-unikke patienter i aldersgr. Kilder: Sundhedsdatastyrelsens databank, eSundhed (Egne beregninger baseret på tal fra Sygesikringsregisteret og CPR-registeret); BCG analyse.

Samtidig vil der blive flere kontakter blandt ældre. Blandt patienter mellem 75 og 84 år stiger antallet af kontakter med godt en tredjedel frem til 2045. Samtidig ventes antallet af kontakter blandt de ældre over 85 år at være mere end fordoblet i denne periode, jf. figur 21.

3.3.2.3 Opsamling: Udviklingen i speciallægepraksis

Der har været en mindre stigning i antallet af patienter med kontakt til speciallæge over tid, mens antallet af kontakter har været lettere svingende.

Frem mod 2045 ventes en stigning i både antallet af patienter og kontakter til speciallæge. Denne vækst forventes særligt at være drevet af de ældre patienter - særligt ældre over 85 år, hvor antallet af patienter forventes at være mere end fordoblet i 2045.

Derimod ses et fald i antallet af patienter i den erhvervsaktive alder i takt med at denne gruppe kommer til at udgøre en mindre andel af befolkningen i fremtiden.

3.3.3 Udvikling i praksissektoren - øvrig praksis

Nedenfor beskrives udviklingen i antal patienter i kontakt med øvrig praksis, som omfatter fysioterapi, kiropraktik, fodbehandling, genoptræning og psykologhjælp.¹⁰ Derefter beskrives udviklingen i antallet af kontakter til øvrig praksis.

3.3.3.1 Udvikling i antal patienter med kontakt til øvrig praksis

Stabilt antal patienter over tid

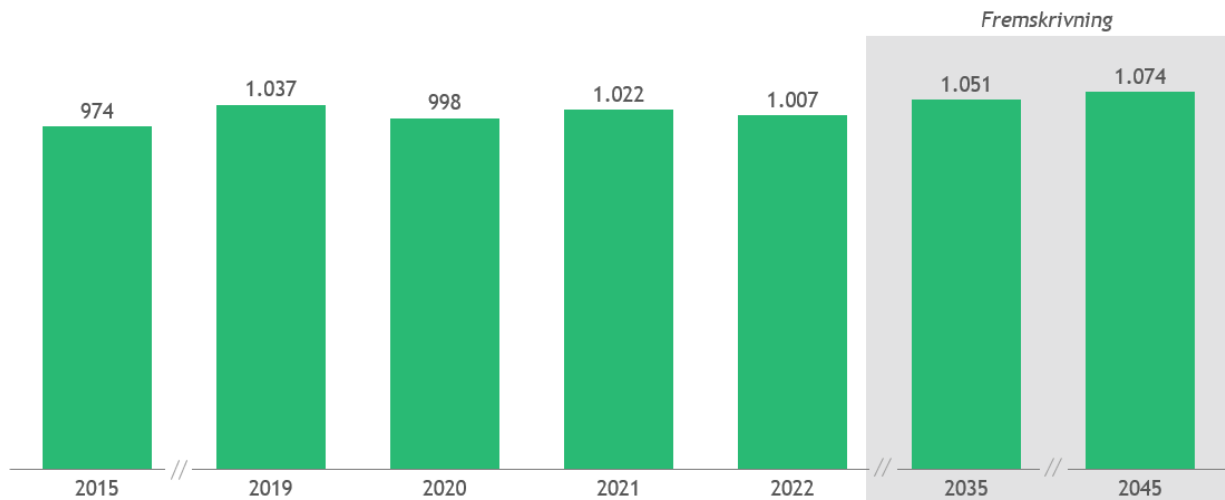
COVID betød et mindre fald i antallet af patienter med kontakt til øvrig praksis fra 1,04 mio. patienter i 2019 til knap 1 mio. i 2020, jf. figur 22 nedenfor. Derefter ligger antallet forholdsvis stabilt frem til 2022.

Andelen af befolkningen, der har kontakt til øvrig praksis, er således også faldet fra 17,9 pct. i 2019 til 17,1 pct. i 2022.

¹⁰ En kontakt defineres som en afregnet ydelse, der udgør en særskilt kontakt mellem borger og behandler. Øvrig praksis omfatter ikke tandlæge og tandplejere.

Figur 22 | Udvikling i antal patienter med kontakt til øvrig praksis

Antal unikke patienter med kontakt til øvrig praksis (1.000), 2015-2045F



Noter: Årstallet er beh. tidspunktet. Kilder: Sundhedsdatastyrelsens databank, eSundhed (Egne beregninger baseret på tal fra Sygesikringsregisteret og CPR-registeret); BCG analyse.

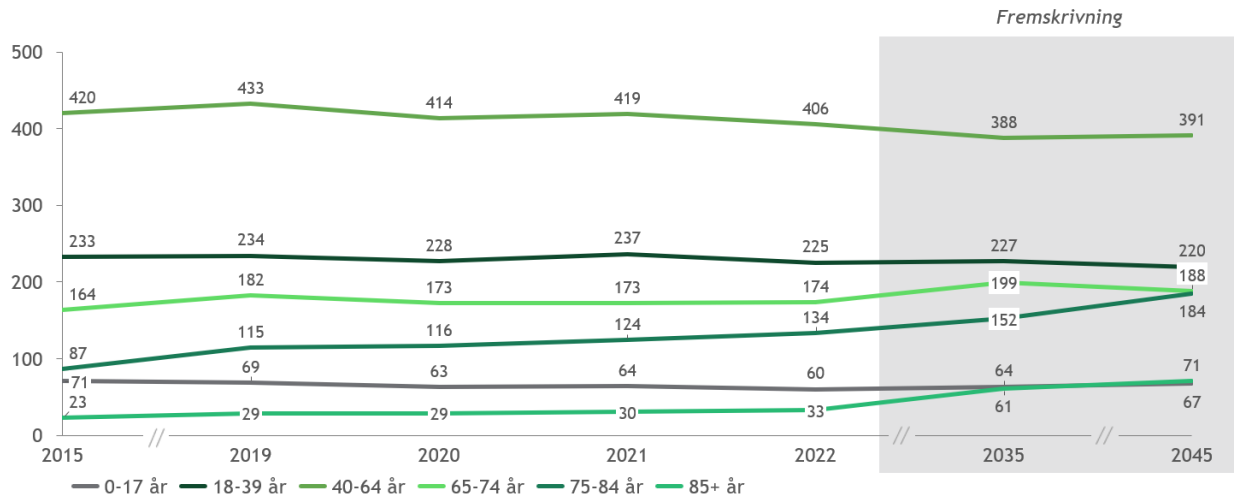
Hvis man fremskriver antallet af patienter med kontakt til øvrig praksis på baggrund af den demografiske udvikling, forventes antallet at vokse til ca. 1,07 mio. i 2045, hvilket er en stigning på 6,6 pct. i forhold til antallet i 2022, jf. figur 22. Det er værd at bemærke, at det samlede antal patienter først forventes at nå præ-COVID-niveauet i 2031.

Patienter i den erhvervsaktive alder fylder mest men forventes at falde

Blandt patienter i øvrig praksis er de 40-64-årige den markant største patientgruppe, med næsten dobbelt så mange patienter i 2022 som den næststørste aldersgruppe, de 18-39-årige, jf. figur 23 nedenfor.

Siden 2019 har der samlet set været en nedgang i antal patienter i de fleste aldersgrupper, undtagelsen herfra er de ældre over 75 år. I 2022 var der således 19.000 flere patienter mellem 75 og 84 år, og knap 4.000 flere patienter over 85 år sammenlignet med 2019, jf. figur 23.

Figur 23 | Udvikling i antal patienter med kontakt til øvrig praksis pr. aldersgruppe
Antal patienter med kontakt til øvrig praksis pr. aldersgruppe (1.000), 2015-2045F



Noter: Årstallet er beh. tidspunktet. Alder er opgjort på beh. tidspunktet og patienter kan derfor indgå i flere aldersgrupper. Summen på tværs af aldersgrupper vil derfor ikke give den totale sum af unikke patienter jf. figur 21. Kilder: Sundhedsdatastyrelsens databank, eSundhed (Sygesikringsregisteret og CPR-registeret); BCG analyse.

Frem mod 2045 viser fremskrivninger, at der vil være flere børn (0-17 år) og ældre (65+ år) i øvrig praksis sammenlignet med 2022. Derimod forventes det, at antallet af patienter i den erhvervsaktive alder (18-64 år) vil falde, jf. figur 23, hvilket er drevet af den demografiske udvikling.

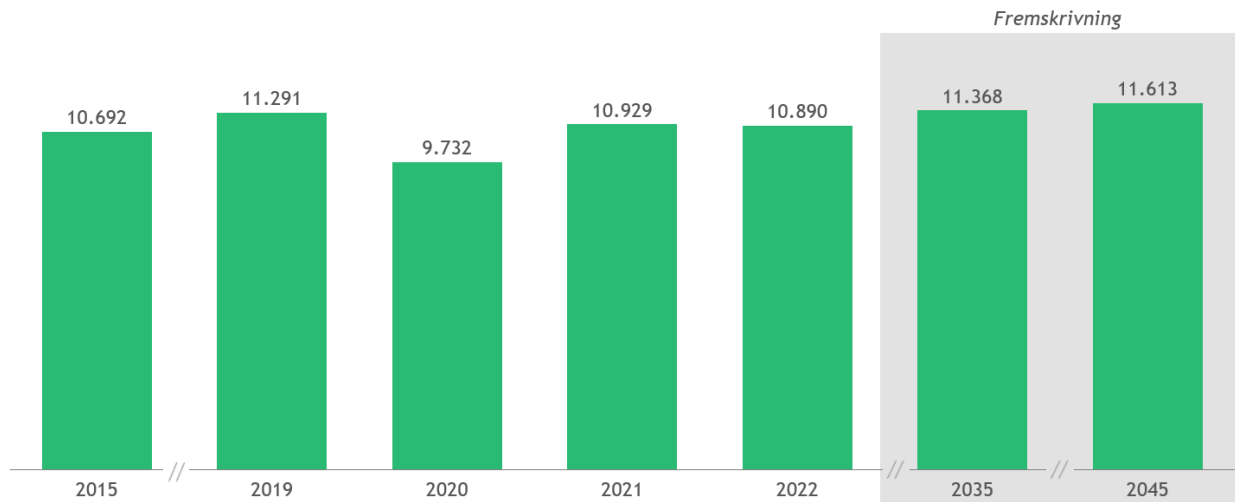
3.3.3.2 Udvikling i antal kontakter til øvrig praksis

Antal kontakter i øvrig praksis har endnu ikke nået præ-COVID-niveau

Antallet af kontakter til øvrig praksis var stigende inden COVID, men der sker her et forholdsvis stort fald fra 11,29 mio. kontakter i 2019 til 9,73 mio. i 2020, jf. figur 24 nedenfor. Dette skyldes formentligt nedlukningen i forbindelse med COVID.

Hvor det samlede antal patienter er forholdsvis stabilt, har COVID altså en forholdsvis stor påvirkning på antallet af kontakter for patienterne. Fra 2020 stiger antallet af kontakter igen til 10,89 mio. kontakter i 2022, hvilket dog stadig er betydeligt under niveauet i 2019.

Figur 24 | Udvikling i antal kontakter til øvrig praksis
Antal kontakter til øvrig praksis (1.000), 2015-2045F



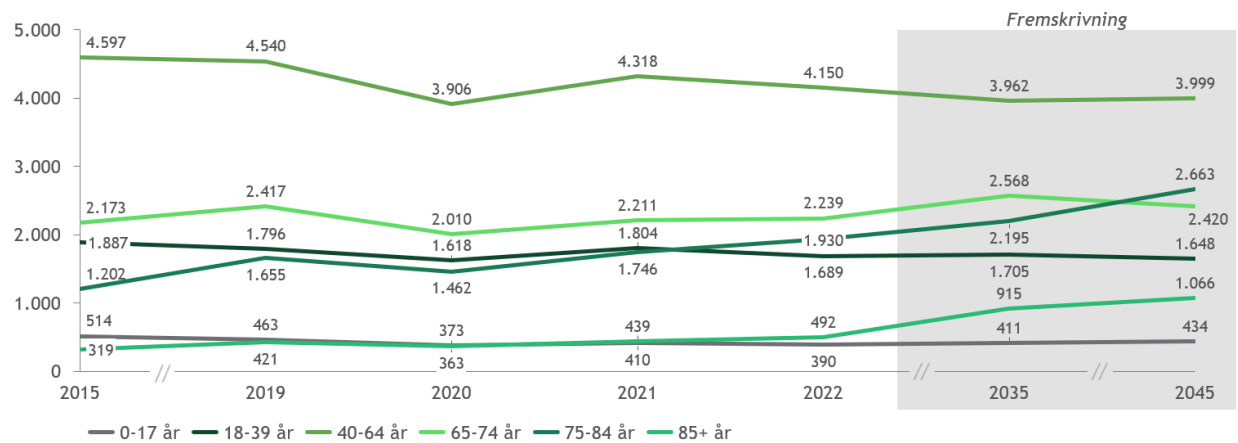
Note: Årstallet er beh. tidspunktet. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen databank, eSundhed (Egne beregninger baseret på tal fra Sygesikringsregisteret og CPR-registeret); BCG analyse.

Frem mod 2045 forventes det samlede antal kontakter til øvrig praksis at stige fra 10,89 mio. til 11,61 mio., svarende til en årlig vækstrate på 0,3 pct., jf. figur 24.

Fordobling af kontakter for ældre over 85 år frem mod 2045

Antallet af kontakter til øvrig praksis er over tid faldet blandt alle patientgrupper under 65 år, jf. figur 25. Derimod er antallet af kontakter blandt ældre patienter over 65 år steget mellem 2015 og 2022 - særligt blandt ældre over 75 år, der i 2022 havde 2,42 mio. kontakter til øvrig praksis.

Figur 25 | Udvikling i antal kontakter til øvrig praksis pr. aldersgruppe
Antal kontakter til øvrig praksis pr. aldersgruppe (1.000), 2015-2045F



Noter: Årstallet er beh. tidspunktet. Alder er opgjort på beh. tidspunktet og patienter kan derfor indgå i flere aldersgrupper. Fra 2022 (fremskrivningsår) kan kontakter ikke summeres på tværs af aldersgrupper, da de baseres på ikke-unikke patienter i aldersgrupperne. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen databank, eSundhed (Egne beregninger baseret på tal fra Sygesikringsregisteret og CPR-registeret); BCG analyse.

I takt med den demografiske udvikling ventes antallet af kontakter til øvrig praksis at stige blandt de yngste patienter (0-17 år) og særligt de ældre patienter over 75 år. Fremskrivninger viser således, at der vil være 2,66 mio. kontakter blandt 75-84-årige og 1,07 mio. kontakter blandt patienter over 85 år, svarende til stigninger på hhv. 38 pct. og 117 pct. siden 2022.

3.3.3.3 Opsamling: Udviklingen i øvrig praksis

Både antallet af patienter med kontakt til øvrig praksis og antallet af kontakter lå i 2022 fortsat lavere end i 2019, inden COVID. Der forventes dog en stigning i forhold til både antallet af patienter og antallet af kontakter i fremtiden, hvilket særligt skyldes en stigning i antallet af ældre patienter.

Særligt de ældste ældre over 85 år, vil drive denne vækst, hvor antallet af patienter forventes at være mere end fordoblet i 2045. Derimod ses et fald i antallet af patienter i den erhvervsaktive alder i takt med, at andelen af voksne i befolkningen falder.

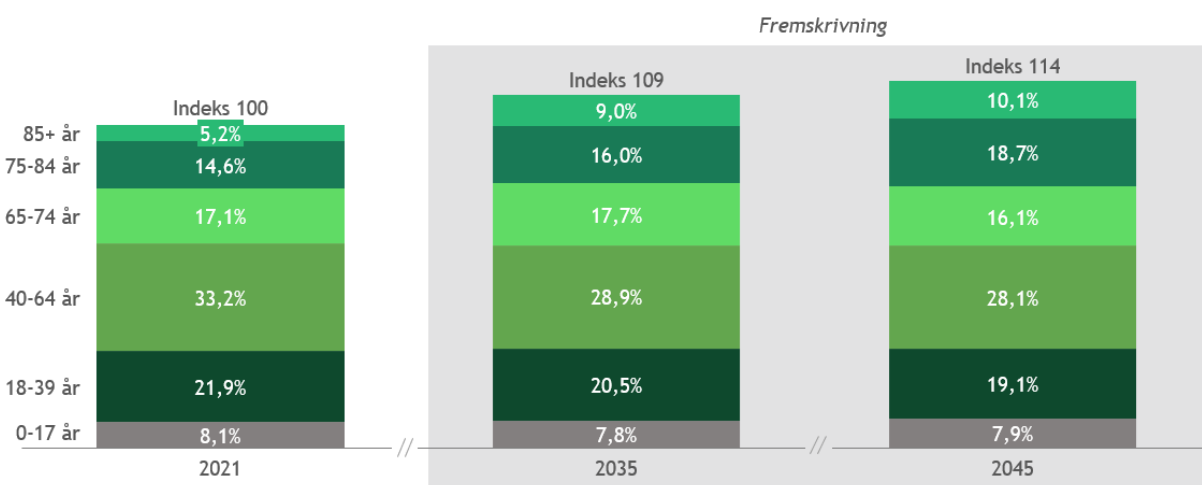
3.3.4 Udvikling i ressourcetræk blandt patienter i praksissektoren

Stigende ressourcetræk i praksissektoren

Fremskrivninger viser, at det samlede ressourcetræk i praksissektoren vil stige til indeks 114 sammenlignet med 2021, jf. figur 26 nedenfor.

Figur 26 | Udvikling i ressourcetræk i praksissektoren

Indekstal for udvikling i ressourcetræk i praksissektoren og andel af samlet ressourcetræk pr. aldersgruppe, 2021, 2035F og 2045F



Noter: Opgørelserne vil være påvirket af ændringer i aktiviteten pba. COVID. Afgrænset til borgere med bopæl i danske regioner, behandlet på inst. betalt af bopælsregion. Opgørelse af aktivitet i Sygesikringen opgjort pba. bruttohonoraret. Følgende specialer er valgt, og afgrænsningen af ressourcetræk er dermed lidt anderledes end afgrænsningen af aktivitet tidl. i kapitlet, fx er tandlæge inkl.: 01, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 48, 49, 50, 51, 53, 54, 55, 57, 58, 59, 60, 62, 63, 64, 65, 80, 83 og 96. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (LPR DRG-grupperet, takstsystem 2021 pr. 10. mar. 2022; Sygesikringsregisteret); BCG analyse.

Stigningen vil især være drevet af et stigende ressourcetræk blandt ældre patienter over 65 år. Det reelle ressourcetræk forventes således at stige blandt ældre patienter i praksissektoren, men vil i takt med den demografiske udvikling falde blandt patienter i den erhvervsaktive alder (18-64 år). I 2021 stod ældre over 65 år for knap 37 pct. af ressourcetrækket i praksissektoren, men forventes i 2045 at stå for næsten 45 pct., jf. figur 26 ovenfor.

I 2021 drev patienter mellem 40 og 64 år størstedelen af ressourcetrækket i praksis-sektor (33,2 pct.), hvilket ikke er overraskende, da der på tværs af praksissektoren, dvs. både i almen praksis, øvrig praksis og speciallægepraksis, var flest patienter med kontakt blandt denne aldersgruppe, jf. figur 12, 19 og 23. Imidlertid ventes aldersgruppens andel af det samlede ressourcetræk at falde over tid, fra 55 pct. i 2021 til 47 pct. i 2045. I takt med den stigende andel blandt ældre patienter forventes dermed en ændring i sammensætningen af ressourcetrækket blandt aldersgrupperne.

3.4 Udvikling i aktivitet - kommunale sundheds- og plejeindsatser

Nedenfor belyses først andelen af modtagere af kommunale sundheds- og plejeindsatser for udvalgte aldersgrupper. Herefter beskrives udviklingen i antallet af borgere over 65 år¹¹, der modtager mindst én kommunal sundheds- og plejeindsats.

Kommunale sundheds- og plejeindsatser omfatter hjemmehjælp, hjemmesygepleje, genoptræning/vedligeholdende træning og plejehjemsbeboere.¹² I afsnittet vises tal for 2022, da det ikke er muligt at sammenstille data på tværs af år på grund af data-kvaliteten.

3.4.1 Modtagere af kommunale sundheds- og plejeindsatser

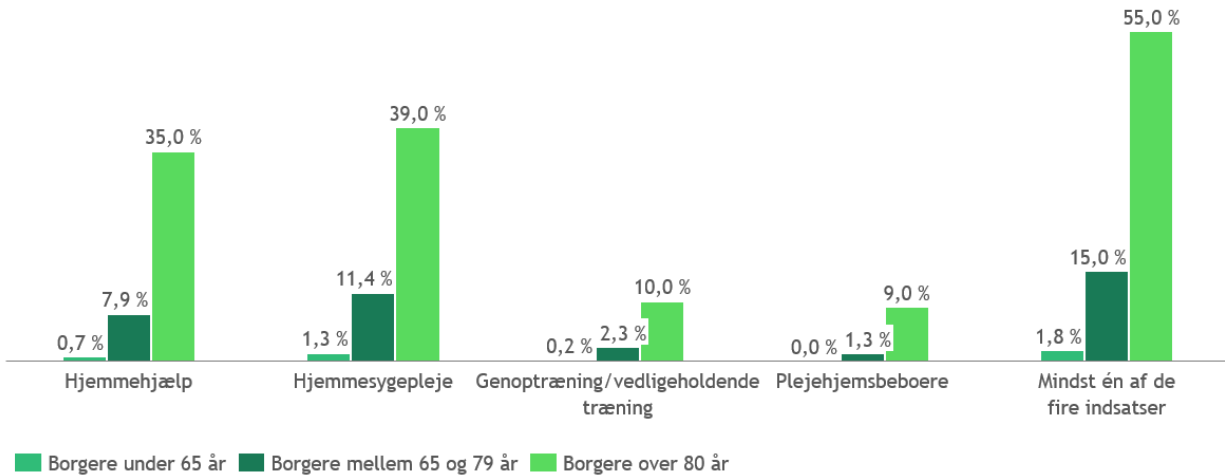
Flest modtagere af hjemmesygepleje

Der er ikke overraskende sammenhæng mellem borgernes alder og andelen der modtager kommunale sundheds- og plejeindsatser, jf. figur 27 nedenfor.

¹¹ Henviser til borgere, der er fyldt 65 år pr. 1 januar i opgørelsesåret.

¹² **Hjemmehjælp:** Borgere, der i løbet af opgørelsesåret er visiteret til hjemmehjælp i eget hjem i mindst én måned jf. serviceloven §83. **Plejehjemsbeboere** indgår ikke i opgørelsen. Det antages, at borgere, der er visiteret til hjemmehjælp, har modtaget hjemmehjælp. **Kommunal sygepleje:** Borgere, der i løbet af opgørelsesåret har modtaget mindst én sygeplejeindsats i eget hjem jf. sundhedsloven §138. **Plejehjemsbeboere** indgår ikke i opgørelsen. **Genoptræning og vedligeholdende træning:** Borgere, der i løbet af opgørelsesåret har modtaget genoptræning eller vedligeholdende træning mindst én gang jf. serviceloven §86. **Genoptræning** ikke efter SUL 140. **Vederlags fysioterapi** indgår ikke. **Plejehjemsbeboere:** Borgere, der pr. 1. januar i opgørelsesåret har adresse på et plejehjem og som er 65 år eller derover.

Figur 27 | Andel af borgere der modtager kommunale sundheds- og plejeindsatser
Andel af borgere der modtager kommunale sundheds- og plejeindsatser for udvalgte aldersgrupper, 2022



Noter: Antal af medtagne kommuner: Hjemmehjælp = 95, Hjemmesygep. = 93, Genop./vedligehol. = 97, Mindst én = 93, Plejehjemsbeb. = Alle kommuner. Plejehjemsbeb. indgår ikke i opgørelsen over hjemmehjælp eller kommunal sygepleje. Andele kan være en smule underestimeret, da andele for hhv. borgere under 65 år og borgere mellem 65 og 79 år er beregnet på baggrund af hele befolkningen, og ikke kun de medtagne kommuner. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra EOJ); BCG analyse.

I 2022 modtog 55 pct. af alle borgere over 80 år således mindst én kommunal sundheds- og plejeindsats, jf. figur 27, mens det kun var gældende for 15 pct. af de ældre mellem 65 og 79 år. Til sammenligning modtog kun 1,8 pct af borgerne under 65 år, kommunale sundheds- og plejeindsatser, jf. figur 27.

Andelen af borgere varierer ligeledes på tværs af indsatser. I alle aldersgrupper er der flest modtagere af hjemmesygepleje, efterfulgt af hjemmehjælp, jf. figur 27 ovenfor, mens der er færre modtagere af træning og plejehjem.

Det er samtidig tydeligt, at der for alle indsatser er en meget større andel modtagere blandt de ældre over 80 år end i de øvrige aldersgrupper.

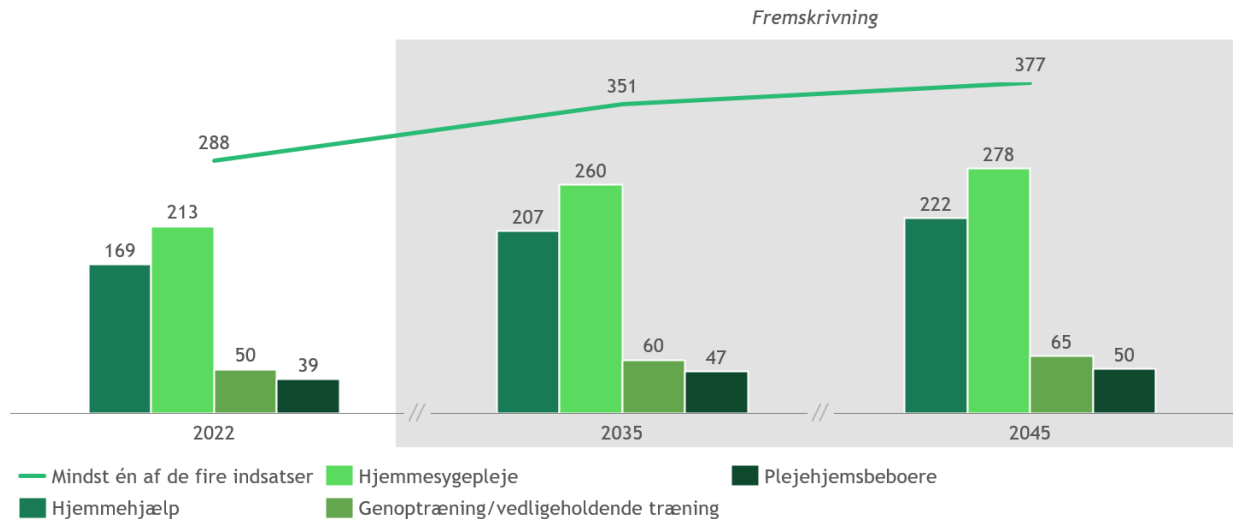
3.4.2 Udvikling i modtagere af kommunale sundheds- og plejeindsatser over 65 år

Forventning om flere modtagere af kommunale sundheds- og plejeindsatser over 65 år

Samlet set var der i 2022 knap 288.000 modtagere af kommunale sundheds- og plejeindsatser over 65 år, svarende til 25 pct., jf. figur 28.

Figur 28 | Udvikling i antal borgere over 65 år der modtager kommunale sundheds- og plejeindsatser

Antal borgere over 65 år, der modtager kommunale sundheds- og plejeindsatser (1.000), 2022-2045F



Noter: Antal af medtagne kommuner: Hjemmehjælp = 95, Hjemmesygep. = 93, Genop./vedligehol. = 97, Mindst én = 93, Plejhjemsbeb. = Alle kommuner. Plejhjemsbeb. indgår ikke i opgørelsen over hjemmehjælp eller kommunal sygepleje. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra EOJ, 2022); BCG analyse.

1/4

af borgerne over 65 år modtager kommunale sundheds- og plejeindsatser

Fremskrives antallet af borgere over 65 år, der modtager mindst én kommunal sundheds- og plejeindsats, med den demografiske udvikling, ventes en stigning til omkring 377.000 i 2045, jf. figur 28. Dette svarer til en årlig vækstrate på 1,2 pct. fra 2022 til 2045. De knap 90.000 ekstra modtagere af kommunale sundheds- og plejeindsatser vil primært modtage hjemmehjælp eller hjemmesygepleje.

Hver femte borger over 65 år modtager hjemmesygepleje

Ser man på de enkelte indsatser, er der blandt alle indsatser flest borgere over 65 år, der modtager hjemmesygepleje, jf. figur 28. I 2022 var der således knap 213.000 borgere over 65 år der modtog hjemmesygepleje, svarende til 19 pct. af borgere i aldersgruppen. Dette betyder, at næsten hver femte borger over 65 år modtog hjemmesygepleje i 2022. Til sammenligning var der 50.000 ældre over 65 år, der modtog genoptræning/vedligeholdende træning, og 39.000, der boede på plejhjem.

På tværs af de kommunale sundheds- og plejeindsatser forventes antallet af modtagere at stige frem mod 2045, hvilket er drevet af den demografiske udvikling og det tilhørende stigende antal ældre. Hvis den nuværende praksis fastholdes, vil der

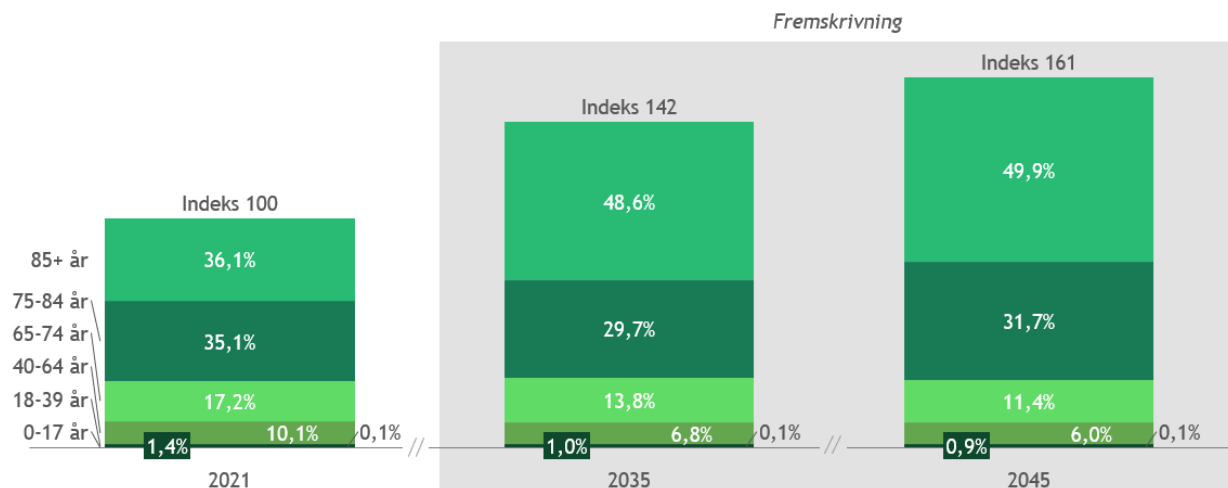
således i 2045 være 222.000 ældre, som modtager hjemmehjælp, og 278.000, der modtager hjemmesygepleje.

3.4.3 Udvikling i ressourcetræk blandt modtagere af kommunale sundheds- og plejeindsatser

Aldre modtagere driver det stigende ressourcetræk

Fremskrivninger viser, at ressourcetrækket blandt kommunale sundheds- og plejeindsatser vil stige til indeks 161 i 2045, sammenlignet med 2021, jf. figur 29 nedenfor.

Figur 29 | Udvikling i ressourcetræk blandt kommunale sundheds- og plejeindsatser
Indekstal for udvikling i ressourcetræk blandt modtagere af kommunale sundheds- og plejeindsatser, 2021, 2035F og 2045F



Noter: Opgørelserne vil være påvirket af ændringer i aktiviteten som følge af COVID. Inkl. kun godkendte kommuner ift. datakriterier. Kommunale indsats.: hjemmehjælp, hjemmesygepleje, genoptræn. og vedlige. træn., rehab., forebyg.besøg og plejhjem. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Statistikbanken; EOJ; Plejehjemsdata); BCG analyse.

Blandt kommunale sundheds- og plejeindsatser er ressourcetrækket ikke overraskende størst hos de ældste ældre over 85 år. Aktuelt driver borgere over 65 år størstedelen af ressourcetrækket i kommunale sundheds- og plejeindsatser - godt 88 pct. i 2021. Af disse står de ældste ældre over 85 år alene for 36,1 pct., jf. figur 29 ovenfor. I takt med det stigende antal modtagere af kommunale sundheds- og plejeindsatser, ventes ressourcetrækket at stige. Dette vil særligt være drevet af de ældste ældre over 85 år, der i 2045 forventes at stå for næsten halvdelen af det samlede ressourcetræk, jf. figur 29.

3.4.4 Opsamling: Modtagere af kommunale sundheds- og plejeindsatser

Ikke overraskende er det særligt de ældre over 65 år, der modtager kommunale sundheds- og plejeindsatser. Således havde en fjerdedel af ældre over 65 år kontakt til

mindst én kommunal sundheds- og plejeindsats i 2022, hvoraf hjemmesygepleje og hjemmehjælp udgør de hyppigste indsatser.

Drevet af den demografiske udvikling forventes det, at der på tværs af alle indsatser (hjemmehjælp, hjemmesygepleje, genoptræning/vedligeholdende træning og plejehjemsbeboere) vil være en vækst i antal modtagere over 65 år. Det stigende antal modtagere vil medføre et stigende ressourcetræk i forhold til kommunale sundheds- og plejeindsatser, som ventes at stige til indeks 161 i 2045 sammenlignet med 2021. Den høje stigning understreger, at der kan være et særligt potentiale ved omstilling af opgaver på området.

3.5 Udvikling på tværs af sundhedsvæsenet

Der er en stor gruppe borgere, som trækker på flere dele af sundhedsvæsenet samtidig. Dette brede træk medfører høje udgifter, men vil også stille større krav til koordinering, som kan være suboptimal. Således er denne gruppe særligt interessant i forhold til at omlægge indsatser i sundhedsvæsenet.

I følgende afsnit beskrives udviklingen i antal personer med kontakt til flere dele af sundhedsvæsenet - hermed menes kontakt til sygehus, almen praksis og kommunale sundheds- og plejeindsatser i løbet af samme år. Det skal bemærkes, at data fra de kommunale pleje- og omsorgsjournalsystemer skal opfylde visse kriterier, før kommunens data indgår. Opgørelser over aktivitet blandt kommunale sundheds- og plejeindsatser kan dermed være underestimeret.

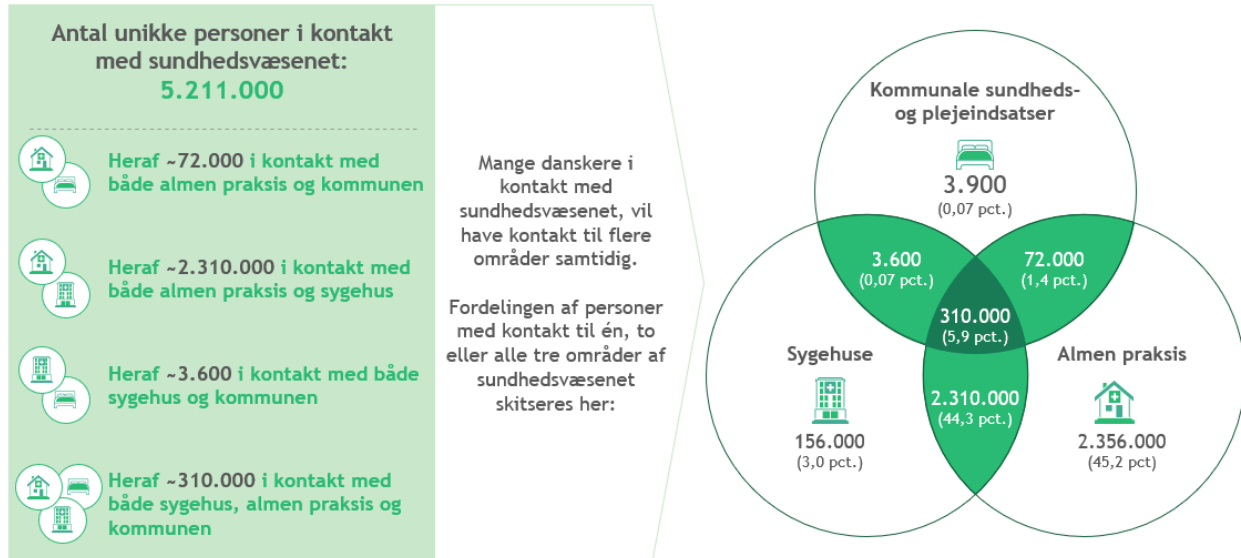
3.5.1 Udvikling i antal personer med kontakt til flere dele af sundhedsvæsenet

De fleste er i kontakt med flere dele af sundhedsvæsenet samtidig

Blandt personer med kontakt til sundhedsvæsenet, er der mange som har kontakt til flere dele af sundhedsvæsenet samtidig, fx både almen praksis og sygehus, jf. figur 30. Figurens cirkler angiver andelen af unikke personer, der har kontakt med det pågældende område af sundhedsvæsenet i 2022. De grønne ellipser angiver antallet af personer, der havde kontakt til flere dele af sundhedsvæsenet samtidig. Som eksempel ses i nederste højre cirkel at hele 5,0 mio. personer var i kontakt med almen praksis i 2022. Heraf havde 2,3 mio. personer kontakt til både almen praksis og sygehuse, 72.000 havde kontakt til både almen praksis og de kommunale sundheds- og plejeindsatser. Endelig havde 310.000 personer kontakt med alle de tre områder af sundhedsvæsenet, jf. figur 30 nedenfor. Samlet set så 96,8 pct. af de personer, som var i kontakt med sundhedsvæsenet, deres alment praktiserende læge i 2022. For 45,2 pct. var de udelukkende i kontakt med almen praksis, mens resten også havde kontakt til en eller flere andre områder af sundhedsvæsenet.

Figur 30 | Antal personer i kontakt med sundhedsvæsenet

Antal personer i kontakt med flere dele af sundhedsvæsenet i året og andel af befolkningen i kontakt med hhv. sygehuse, kommunale sundheds- og plejeindsatser og almen praksis, 2022

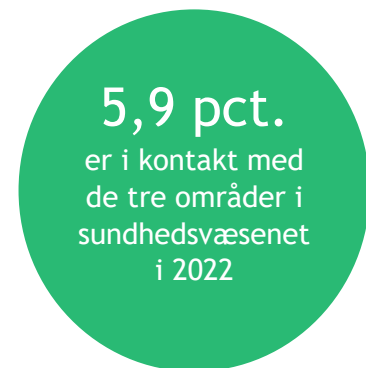


Noter: Tal er afrundet. Personer indgår i én kontaktgruppe blandt de grønne ellipser. Aktivitet er opgjort på behandlingsår. Afrænset til personer med dansk bopælsregion, almen praksis i dagtid og fysisk sygehuskontakt. Offentligt-finansieret sygehuskontakter, der udelukkende foregår på private hosp., er ekskl., men ikke fra fællespopulationen i midten af figuren. Kommunale indsats: plejehjem, hjemmehjælp, hjemmesygepl., genoptræning, vedlig. træning eller rehabilitering. Kun godkendte kommuner ift. datagrundlag indgår, hvorfor tal på kommunen kan være underestimeret. 97 kommuner indgår i opgørelsen. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR; Sygesikringsregisteret; EOJ; Plejehjemsdata; CPR-registeret); BCG analyse.

Som angivet i figur 30 ovenfor, var næsten 2,7 mio. personer (det samlede antal i grønne ellipser), i kontakt med mere end ét område i 2022. Dette er over 50 pct. Dermed går den enkeltes træk på sundhedsvæsenet ofte på tværs af flere områder. Da almen praksis i dag fungerer som det primære kontaktpunkt til sundhedsvæsenet for langt størstedelen af befolkningen, var der i 2022 kun 3.600 personer, som var i kontakt med sygehus og kommunale sundheds- og plejeindsatser uden at være i kontakt med almen praksis, jf. figur 30.

I 2022 havde 6,4 pct. kontakt til kommunale sundheds- og plejeindsatser. Den lavere andel blandt den samlede befolkning bærer præg af, at det i høj grad er ældre borgere, der modtager disse indsatser.

I 2022 havde 310.000 personer, svarende til 5,9 pct., kontakt til alle dele af sundhedsvæsenet, jf. figur 30. Dette omfatter hovedsageligt ældre, som hermed også trækker særligt meget på sundhedsvæsenets ressourcer. Da disse personer ofte har mere komplekse sundhedsudfordringer, vil de typisk have flere kontakter til de enkelte områder. Kontakt til både almen praksis, sygehus og kommunale sundheds- og plejeindsatser vil således ofte kræve en større



koordinering på tværs af indsatser, og det kan særligt være her, der kan findes potentiale i omstilling af opgaver.

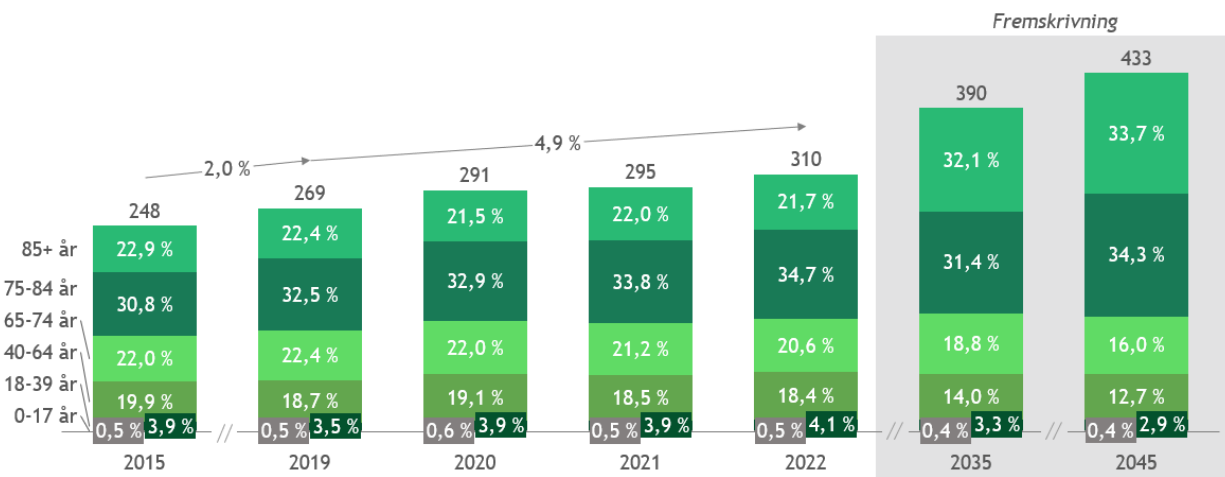
Antallet med kontakt de tre områder i sundhedsvæsenet forventes at stige kraftigt

Antallet af personer i kontakt med alle dele af sundhedsvæsenet har været stigende over tid, fra 248.000 personer i 2015 til 310.000 i 2022, jf. figur 31.

Det er her bemærkelsesværdigt, at vækstraten er øget over tid. Hvor den årlige vækstrate før COVID var på 2,0 pct., er vækstraten fra 2019 til 2022 øget til 4,9 pct. Hvis udviklingen i denne gruppe fremskrives med den demografiske udvikling, forventes der i 2045 at være 40 pct. flere personer med kontakt til alle dele af sundhedsvæsenet eller omkring 120.000 flere personer, jf. figur 31.

Figur 31 | Udvikling i antal personer i kontakt med både sygehuse, almen praksis og kommunale sundheds- og plejeindsatser

Antal personer med kontakt til både sygehuse, almen praksis og kommunale sundheds- og plejeindsatser (1.000 og andel af total pr. aldersgruppe), 2015-2045F



Noter: Personer i live og bosat i DK pr. 1 januar i opgørelsesåret. Aldersgruppe er pr. 1. januar i afregningsåret. Alle offentligt-finansierede sygehuskontakter indgår. Almen praksis afgrænset til dagtid. Kommunale indsats.: plejehjem, hjemme-hjælp, hjemmesygepleje, genoptræning, vedl. træning eller rehabilitering. Kun godkendte kommuner ift. datagrundlag indgår, hvorfor tal på kommunen kan være underestimeret. 97 kommuner indgår i opgørelsen. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR, Sygesikringsregisteret; CPR-registeret; Plejehjemsdata; RUKS); BCG analyse.

Gruppen med kontakt til alle dele af sundhedsvæsenet omfatter hovedsageligt ældre over 65 år. Således var hele 77 pct. af gruppen med kontakt til alle dele af sundhedsvæsenet over 65 år i 2022. I takt med det stigende antal ældre i befolkningen, viser fremskrivninger, at der i 2045 vil være 364.000 ældre over 65 år, der har kontakt til både almen praksis, sygehus og kommunale sundheds- og plejeindsatser. Dette svarer til en stigning på 52 pct. fra de knap 239.000 ældre, der i 2022 trækker på alle dele af sundhedsvæsenet.

Blandt de ældste ældre over 85 år, er en særligt stor andel af den samlede borgergruppe, dvs. alle ældre over 85 år i befolkningen, i kontakt med alle tre områder. Hele 51,5 pct. af denne aldersgruppe trak i 2022 på både almen praksis, sygehus og kommunale sundheds- og plejeindsatser.

3.5.2 Opsamling: Udviklingen på tværs af sundhedsvæsenet

I takt med stigningen i antallet af borgere/patienter i kontakt med hhv. sygehus, almen praksis og kommunale sundheds- og plejeindsatser er det ikke overraskende, at gruppen af personer i kontakt med alle tre områder har været jævnt stigende over tid og fortsat forventes at stige yderligere.

Ældre over 65 år udgør langt størstedelen af denne persongruppe, og antallet af ældre med kontakt til alle dele af sundhedsvæsenet forventes at stige som følge af det voksende antal ældre i den samlede befolkning.

På tværs af områder er det fortrinsvist sygehus og almen praksis, hvor flest patienter har kontakt samtidig, men der er dog også mange med kontakt til både sygehus og kommunale sundheds- og plejeindsatser - dette vil særligt omfatte ældre. Her vil der i særlig grad være potentiale i at overveje omstilling af opgaver og aktiviteter i sundhedsvæsenet.

3.6 Udvikling i udgifter på tværs af sundhedsvæsenet

Nedenfor beskrives udviklingen i udgifter til sundhedsvæsenet samlet set og pr. person på tværs af det somatiske sygehusområde, det psykiatriske sygehusområde, praksissektoren og de kommunale sundheds- og plejeindsatser. Det skal bemærkes, at opgørelserne udelukkende inkluderer borgere i kommuner med tilstrækkeligt datagrundlag, hvorfor tallene kan være underestimeret.

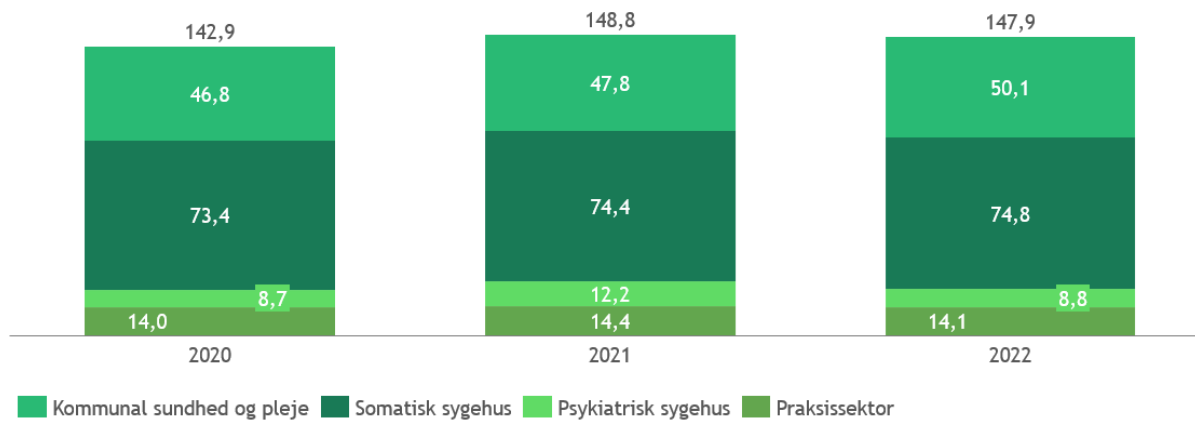
3.6.1 De samlede udgifter til sundhedsvæsenet

Stigende udgifter til sundhedsvæsenet

Udgifterne til sundhedsvæsenet er samlet set steget i perioden 2020 til 2022. På tværs af det somatiske og psykiatriske sygehusområde, praksissektoren og kommunale sundheds- og plejeindsatser er udgifterne således steget fra godt 142,9 mia. kr. i 2020 til 147,9 mia. kr. i 2022, jf. figur 32. Forskelle i takstsystemer medfører, at udviklingen fra 2020 til 2022 ikke kan sammenlignes direkte med udviklingen i tidligere år. Af den årsag vil der i det følgende fokuseres på udviklingen i udgifter mellem 2020 og 2022.

Figur 32 | Udgifter til kommunale sundheds- og plejeindsatser, somatisk/psykiatrisk sygehusområde og praksissektoren

Samlede udgifter og udgifter pr. område (mia. kr.), 2020-2022



Noter: Afgrænset til borgere med bopæl i danske regioner, behandlet på off. sygehuse eller andre inst. betalt af bopælsregion. Udgifter er kørt i takstsystem '23. Priser er PL-reguleret til '23 priser. Somatik omfatter indlæg og ambulante beh. Opgjort i DRG-takster. Psykiatri: Sengedagstakst og besøgstakst. Praksissektor: Bruttohonorar. Kommunale indsats.: Hjemmehjælp, sygepleje, genoptræn. og vedlige. træn., rehab., forebyg.besøg og plejehjem. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Sygesikringsregisteret; LPR; Statistikbanken; EOJ; Plejehjemsdata); BCG analyse.

Fra 2021 til 2022 har der været et mindre fald i de samlede udgifter svarende til en reduktion på -0,6 pct. Dette er dog især drevet af et markant udsving på det psykiatriske sygehusområde i 2021, hvilket formodes at skyldes en uregelmæssighed i opfølgningen af forløb i Region Midtjylland, snarere end en unik vækst i psykiatrydelser i 2021.¹³

Kontakter til praksissektoren er blevet dyrere

På tværs af alle områder, dvs. kommunale sundheds- og plejeindsatser, det somatiske og psykiatriske sygehusområde samt praksissektoren, er udgifterne steget fra 2020 til 2022, jf. figur 32 ovenfor. På sygehusområdet følger dette det stigende antal patienter og kontakter til sygehus fra 2020 til 2022, og derudover oplever mange kommuner stigende udgifter til socialpsykiatrien. Det har dog ikke været muligt at belyse kommunernes udgifter til socialpsykiatrien nærmere. Tendensen bag de stigende udgifter ser dog anderledes ud for praksissektoren.

For praksissektoren ses der over den toårige periode en marginal stigning fra 14,0 mia. kr. i 2020 til 14,1 mia. kr. i 2022, jf. figur 32. En modsatrettet tendens ses dog for antallet af kontakter i praksissektoren, der samlet set er faldet i denne periode. På tværs af praksissektoren, dvs. almen praksis, speciallægepraksis og øvrig praksis, var der i 2022 godt 1 mio. færre kontakter end i 2020, jf. tidligere afsnit. Det samlede

¹³ Stigning i udgifter til psykiatrien i 2021 skyldes en stigning i sengedage for psykiatrien i 2021. Der er en del psykiatriske ophold i Region Midtjylland, som ser ud til at være uafsluttet, og de bliver afsluttet på samme tidspunkt i 2021, hvilket medfører den store stigning.

fald er drevet af en større reduktion (2 mio. færre) i antal kontakter til almen praksis i 2022, jf. figur 16, hvor antal kontakter i de øvrige praksisområder er steget mellem 2020 og 2022, jf. figur 20 og 24. Faldet i antal kontakter hos den alment praktiserende læge mellem 2020 og 2022 er som tidligere nævnt sandsynligvis drevet af den forhøjet aktivitet under COVID i 2020. Den mindre stigning i det samlede udgiftsbillede for praksissektoren kan dermed være drevet af ydelser som fysioterapi og psykologbehandling, men kan ligeledes skyldes, at det større antal kontakter under COVID var billigere (fx e-mail eller telefonkonsultationer) end årene derefter (fysiske konsultationer).

Trods udsving i udgifter for de forskellige sektorer, er alle udgiftsposter som nævnt steget over den toårige periode. Da der frem mod 2045 forventes at være et stigende antal patienter og et stigende antal kontakter til alle dele af sundhedsvæsenet, forventes udgifter i sundhedsvæsenet derfor fortsat at vokse.

3.6.2 Udgifter til sundhedsvæsenet pr. person og pr. aldersgruppe

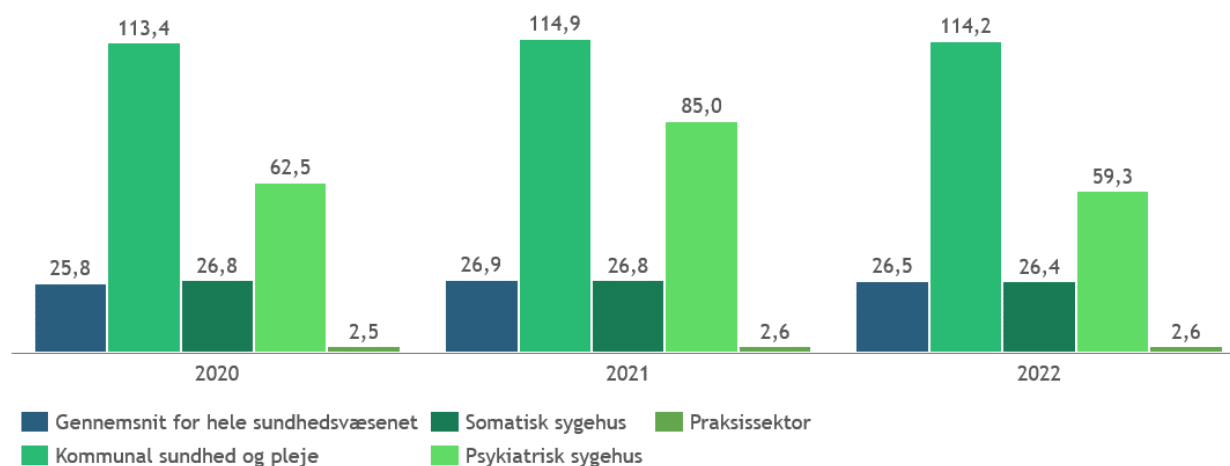
Den enkelte patient og borger bliver dyrere

I figur 33 nedenfor vises udgifter pr. person i kontakt med sundhedsvæsenet. De gennemsnitlige udgifter vises både samlet og opdelt på områder. De samlede udgifter afspejler udgifter pr. person, der har kontakt til et eller flere områder i sundhedsvæsenet, mens udgifter pr. person for de enkelte områder er afgrænset til personer med kontakt til det givne område. Således afspejler udgifter pr. person på det somatiske sygehusområde fx gennemsnitlige udgifter for personer, der har en somatisk sygehuskontakt i løbet af året.

De samlede udgifter pr. person er steget fra 25.774 kr. i 2020 til 26.523 kr. i 2022, eller en stigning på 2,9 pct., jf. figur 33. Den enkelte person er således blevet dyrere, og i takt med en forventning om et voksende antal personer i kontakt med sundhedsvæsenet, kan udgifterne fortsat forventes at stige.

Figur 33 | Udgifter pr. person med kontakt til kommunale sundheds- og plejeindsatser, somatiske/psykiatriske sygehusvæsen og praksissektoren

Udgifter pr. person pr. område (1.000 kr.), 2020-2022



Noter: Antal borgere anvendt i beregn. kan afvige fra øvrige opgørelser pba. afgrænsning. Borgere med bopæl i danske regioner, behandlet på off. sygehuse eller andre inst. betalt af bopælsregion. Udgifter er kørt i takstsystem '23. Priser er PL-reguleret til '23 priser. Somatik omfatter indlæg. og ambulant beh. Opgjort i DRG-takster. Psykiatri: Sengedagstakst og besøgstakst. Praksissektor: Bruttohonorar. Kommunale indsats.: Hjemmehjælp, sygepleje, genoptræn. og vedlige. træn., rehab., forebyg.besøg og plejehjem. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Sygesikringsregisteret; LPR; Statistikbanken; EOJ; Plejehjemsdata); BCG analyse.

Hvor den enkelte persons gennemsnitlige kontakt på tværs af hele sundhedsvæsenet er blevet dyrere, er det mere nuanceret på de enkelte områder. De gennemsnitlige udgifter er steget for kommunale sundheds- og plejeindsatser mellem 2020 og 2022, og samtidig er de gennemsnitlige udgifter faldet på både det somatiske og det psykiatriske sygehusområde, jf. figur 33.

Stigningen i udgifter pr. person for kommunale sundheds- og plejeindsatser på 0,7 pct. følger altså udviklingen i de samlede udgifter for dette område, som dog stiger med 7 pct. mellem 2020 og 2022, jf. figur 32. Anderledes ser det dog ud for udgifter pr. patient til det somatiske sygehusområde. På trods af en samlet stigning i udgifter på det somatiske sygehusområde mellem 2020 og 2022, ses et fald i udgifterne pr. patient fra 26.805 kr. til 26.367 kr., svarende til en reduktion på -1,6 pct., jf. figur 33. Tilsvarende er udgifter pr. patient på det psykiatriske sygehusområde faldet fra 62.455 kr. i 2020 til 59.327 kr. i 2022.

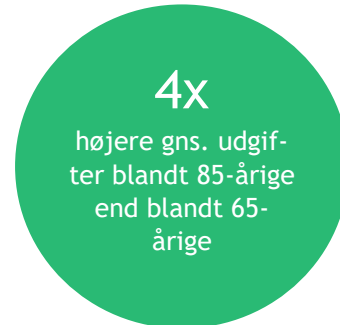
Reduktionen i udgifter pr. patient på både det somatiske og psykiatriske sygehusområde skyldes ikke et fald i antal patienter eller kontakter til sygehusområdet, som jf. figur 3 og 7 har været stigende mellem 2020 og 2022, ej heller en reduktion i de samlede udgifter på områderne, jf. figur 32. Det lader altså til, at den enkelte patient på sygehus er blevet billigere i denne periode. Det stigende antal patienter med kontakt til sygehus betyder dog, at de samlede udgifter på sygehusområdet både har og fortsat kan forventes at været stigende.

Udgifter til praksissektoren pr. patient har samlet set været relativt stabil mellem 2020 og 2022, og følger tendensen ved de samlede udgifter. Udgifter pr. patient er steget en smule, fra 2.542 kr. i 2020 til 2.569 kr. i 2022.

De ældste koster mest

Som det fremgår af udgiftsfordelingen på tværs af alder i 2021, jf. figur 34 nedenfor, er der samlet set en korrelation mellem alder og udgifter pr. person.

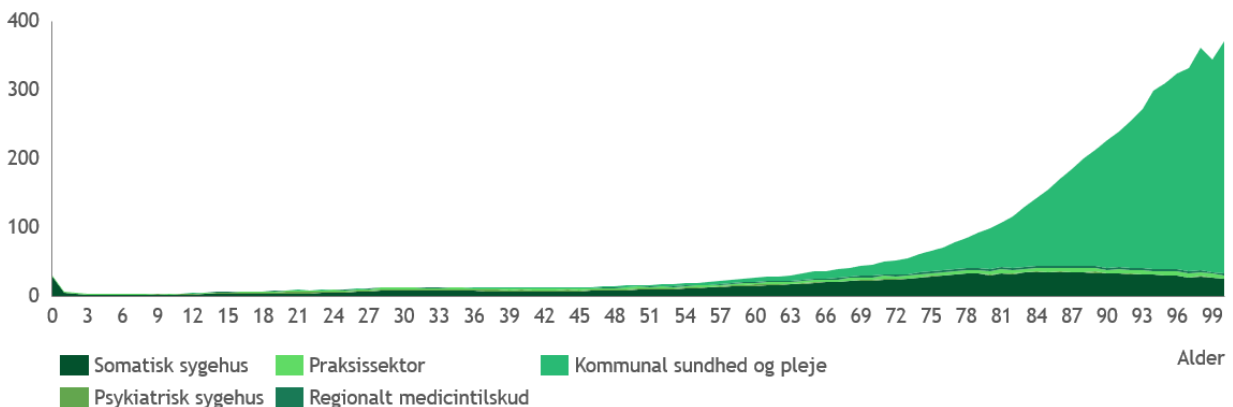
Eksempelvis var de gennemsnitlige udgifter til sundhedsvæsenet for 65-årige knap 36.000 kr., mens de var 13.000 for 40-årige. Samtidig var de gennemsnitlige udgifter blandt 85-årige 155.000 kr., hvilket er fire gange højere end de gennemsnitlige udgifter for 65-årige.



De ældste ældre over 85 år står for de højeste udgifter pr. person, hvilket særligt er drevet af udgifter til kommunale sundheds- og plejeindsatser, jf. figur 34. Dette hænger ikke overraskende sammen med et større plejebæbehov i borgernes sidste leveår.

Figur 34 | Gennemsnitlige udgifter pr. person, fordelt på alder

Udgifter pr. person til kommunale sundheds- og plejeydelser, praksissektor (sygesikring), regionalt medicintilskud og sygehus, fordelt på alderstrin (1.000 kr., 2021)



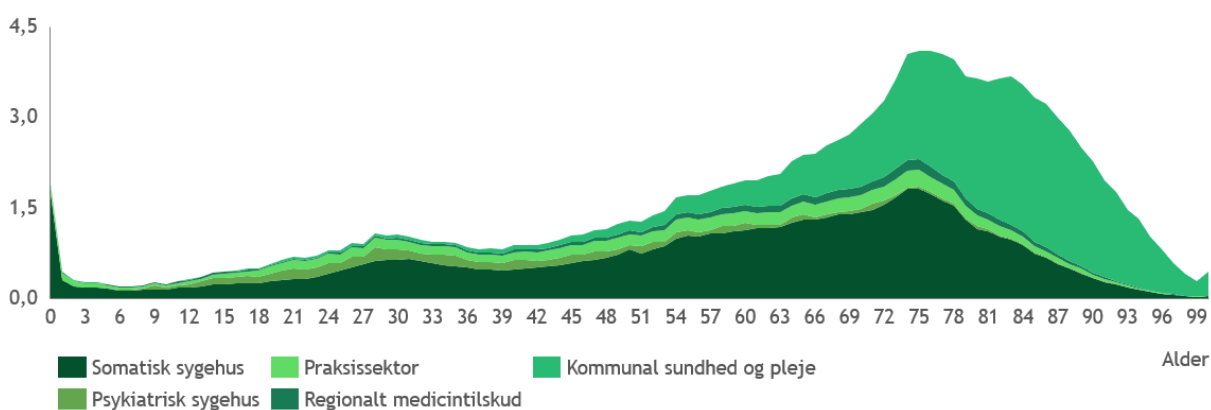
Noter: Dækker alle personer, ikke kun patienter. Opgørelserne vil være påvirket af ændringer i aktiviteten som følge af COVID og sygeplejerskestrejken. Kommunale udgifter: Godkendte og ikke-godkendte kommuner ift. datakriterier. Kommunale indsats.: hjemmehjælp, hjemmesygepleje, genoptræn. og vedlige. træn., rehab., forebyg.besøg og plejehjem. For somatik, psykiatri og praksissektor er der afgrænset til bopæl i danske regioner, behandlet på off. sygehuse eller andre inst. betalt af bopælsregion. Regionalt medicintilskud er afgrænset til tilskudsberettiget salg af lægemidler til enkelt per. i DK. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (LPR DRG-grupperet, takstsystem 2021 pr. 10. mar. 2022; Sygesikringsregisteret; Lægemiddelstatistikregisteret; Statistikbanken; EOJ; Plejehjemsdata); BCG analyse.

De samlede udgifter til sundhedsvæsenet er ikke overraskende højere blandt ældre end blandt voksne i den erhvervsaktive alder, jf. figur 35.¹⁴ Gruppen af ældre over 65 år stod således for 60 pct. af udgifterne i 2021, hvor de ældste ældre over 85 år alene stod for 17 pct.

Overordnet set stiger de samlede udgifter med alderen, jf. figur 35, men falder igen blandt de ældste ældre over 85 år. Selvom udgifter pr. person fortsat er højest blandt de ældste, jf. figur 34, bliver denne gruppe samlet set lidt billigere, da der er færre personer i denne aldersgruppe end blandt de andre aldersgrupper. Udgifter til praksis-sektor og regionalt medicintilskud spiller i det samlede billede en mindre rolle, om end det også er de ældre over 65 år, der står for de højeste udgifter her, jf. figur 35 nedenfor.

Figur 35 | Samlede udgifter på tværs af ydelser pr. aldersgruppe

Samlede udgifter til kommunale sundheds- og plejeydelser, praksissektor (sygesikring), regionalt medicintilskud og hospitalssektor, fordelt på aldersgrupper (mia. kr., 2021)



Noter: Opgørelserne vil være påvirket af ændringer i aktiviteten som følge af COVID og sygeplejerskestrejken. Kommunale udgifter: Godkendte og ikke-godkendte kommuner ift. datakriterier. Kommunale indsats.: hjemmehjælp, hjemmesygepleje, genoptræn. og vedlige. træn., rehab., forebyg.besøg og plejehjem. For somatik, psykiatri og praksissektor er der afgrænset til bopæl i danske regioner, behandlet på off. sygehuse eller andre inst. betalt af bopælsregion. Regionalt medicintilskud er afgrænset til tilskudsberettiget salg af lægemidler til enkelt per. i DK. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (LPR DRG-grupperet, takstsystem 2021 pr. 10. mar. 2022; Sygesikringsregisteret; Lægemiddelstatistikregisteret; Statistikbanken; EOJ; Plejehjems-data); BCG analyse.

Det er værd at bemærke, at andre tendenser kan påvirke udgifterne til sundhedsvæsenet, fx sund aldring. Der vil dog være et større forbrug af sundhedsydelser blandt personer, som er forholdsvis tæt på døden.

For personer i den erhvervsaktive alder er udgifterne hovedsageligt drevet af kontakt til somatisk sygehus. Udgifter til det psykiatriske sygehusområde udgør dog stadig ca.

¹⁴ De samlede udgifter pr. alderstrin repræsenterer en sum af udgifter til det somatiske og psykiatriske sygehusområde, praksissektor (sygesikring), regionalt medicintilskud samt både kommunale udgifter og estimerede kommunale udgifter (ikke-godkendte kommuner) for 2021. Summering af de samlede udgifter på tværs af aldersgrupper vil give andre tal end tallene ved figur 32, da disse er baseret på et andet takstsystem. Derudover er psykiatriudgifter underestimeret i figur 34 og 35. Figur 34 og 35 er baseret på takstsystem 2021, hvor figur 32 og 33 er takstsystem 2023.

en fjerdedel af de samlede udgifter for unge mellem 18 og 24 år og er fortsat høje blandt personer i 30'erne og 40'erne, jf. figur 35. Til sammenligning udgør disse udgifter under 4 pct. af de samlede udgifter pr. person over 65 år i 2021.

3.6.2.1 Opsamling: Udvikling i udgifter

Udgifterne til sundhedsvæsenet er samlet set steget med godt 5 mia. kr. i perioden 2020 til 2022. De gennemsnitlige udgifter pr. person er højere for de ældre og særligt de ældste ældre over 85 år.

En forventning om både et stigende antal patienter og et stigende antal kontakter på tværs af hele sundhedsvæsenet vil sandsynligvis medføre stigende udgifter i sundhedsvæsenet, hvis nuværende praksis fastholdes. Som uddybet i tidligere afsnit, ventes der således en samlet stigning i det generelle ressourcetræk.

Da ældre patienters kontakter gennemsnitligt er mere ressourcekrævende end yngre patienters, vil væksten i ældre patienter accelerere det generelle ressourcetræk. Da der blandt de ældre er markante udgifter til kommunale sundheds- og plejeindsatser og det somatiske sygehusområde, vil det forventede ressourcetræk få særlig stor betydning for udgifterne her.

4 De 10 pct. dyreste patienter

Mens ovenstående analyse giver et bredt perspektiv på sundhedsvæsenet og den forventede udvikling på tværs af sundhedsvæsenets områder, belyses i dette kapitel de patienter der driver størstedelen af udgifterne i sundhedsvæsenet. Her beskrives således udgifter i sundhedsvæsenet blandt de 10 pct. dyreste patienter, deres karakteristika (fx alder) og aktivitet.¹⁵ Formålet er, at få indblik i, hvilke målgrupper der særligt trækker på det danske sundhedsvæsen, og dermed hvilke målgrupper der bør fokuseres på ved omstilling til det nære sundhedsvæsen.

I nærværende afsnit er aktivitet afgrænset til det regionale sundhedsvæsen, dvs. sygehus og praksissektor (almen praksis og speciallægepraksis). På tilsvarende vis omfatter udgifterne til de 10 pct. dyreste patienter udgifter til praksissektoren, somatiske hospitalsforløb og regionale medicintilskud.¹⁶

For alle analyser tages der afsæt i registerdata fra Sundhedsdatastyrelsen med udgangspunkt i udviklingen fra 2015 til 2022.

Indledningsvis præsenteres de overordnede udgifter i sundhedsvæsenet blandt de 10 pct. dyreste patienter. Dernæst beskrives en karakteristik af de 10 pct. dyreste patienter med henblik på at få et samlet billede af, hvilke aldersgrupper, målgrupper m.m. der særligt trækker på det danske sundhedsvæsen. Endelig analyseres udviklingen i kontakter til henholdsvis sygehusområdet (dækker over både somatisk og psykiatrisk kontakt) og praksissektor blandt de 10 pct. dyreste patienter.

4.1 Udgifter til sundhedsvæsenet blandt de 10 pct. dyreste

4.1.1 Andel af befolkningens udgifter blandt de 10 pct. dyreste

De 10 pct. dyreste står for knap 80 pct. af sygehusudgifterne

Blandt de 10 pct. dyreste patienter koster en patient i gennemsnit 109.611 kr. om året i udgifter til det somatiske sygehusområde, praksissektoren og medicintilskud.¹⁷ Dette er mere end fire gange så meget som udgifterne pr. person i den brede befolkningsgruppe, jf. figur 33.

¹⁵ Repræsenterer de 10 pct. dyreste i baggrundspopulationen, hvor baggrundspopulationen er borgere i live og bosat i Danmark pr. 1 januar i opgørelsesåret

¹⁶ Praksissektoren: Aktivitetsbestemte udgifter (bruttohonorarer). Somatiske hospitalsophold: Produktionsværdien på baggrund af DRG-takster. Medicintilskud: Opgørelsen er baseret på indberetninger til Lægemiddelstatistikregisteret og er afgrænset til tilskudsberettiget salg af lægemidler til enkeltpersoner i Danmark. Udgifter til lægemidler rekvireret af praktiserende læger til brug i praksis er ikke medtaget.

¹⁷ Somatiske hospitalsophold: DRG. Afgrænset til borgere med bopæl i danske regioner, behandlet på off. sygehuse eller andre inst. betalt af bopælsregion. Medicintilskud er baseret på indberetninger i Lægemiddelstatistikregisteret og afgrænset til tilskudsberettiget salg af lægemidler til enkeltpersoner i DK. Udgifter til lægemidler rekvireret af prakt. læger til brug i praksis er ikke medtaget. Aktivitet i praksissektoren opgjort pba. bruttohonorar.

I 2022 stod de 10 pct. dyreste patienter således for 79 pct. af de samlede udgifter til det somatiske sygehusområde, hvilket dels kan være afledt af, at denne gruppe patienter stod for over halvdelen af alle kontakter til sygehus. Samtidig går 24 pct. af udgifterne til praksissektoren og 46 pct. af udgifterne til medicintilskud til denne gruppe.¹⁸ En meget stor andel af udgifterne i det danske sundhedsvæsen går således til en forholdsvis lille gruppe patienter.



4.2 Karakteristika ved de 10 pct. dyreste

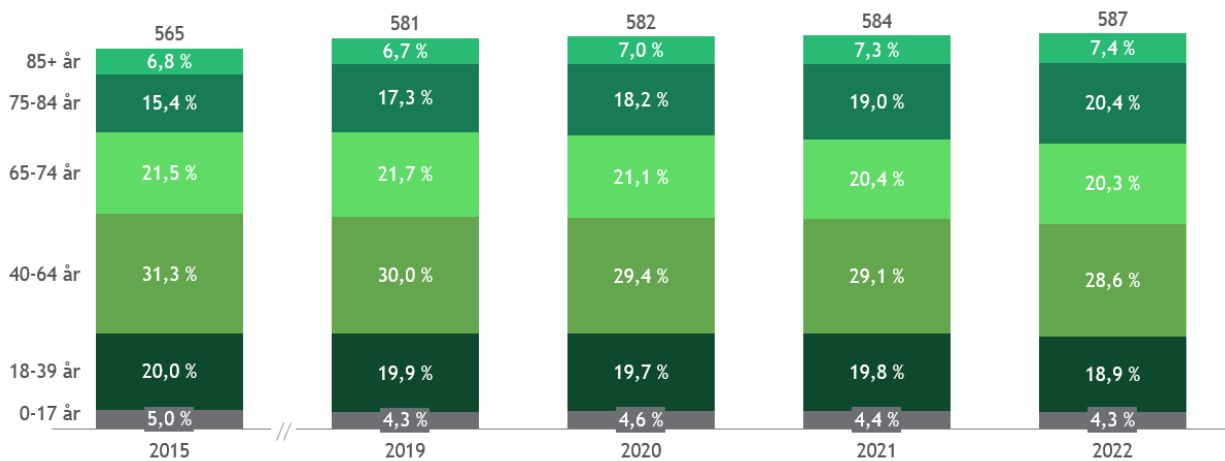
4.2.1 Udvikling i aldersgrupper og målgrupper blandt de 10 pct. dyreste

Stigende andel ældre over 65 år blandt de 10 pct. dyreste

Næsten halvdelen af de 10 pct. dyreste patienter var i 2022 over 65 år, jf. figur 36 nedenfor, og denne andel er steget siden 2015. Gruppen af ældre er dermed marginalt større end gruppen af voksne mellem 18 og 64 år, som udgør 47,6 pct. af patientgruppen i 2022.

Figur 36 | Udvikling i antal personer blandt de 10 pct. dyreste

Antal unikke personer blandt de 10 pct. dyreste (1.000 og andel pr. aldersgruppe), 2015-2022



Noter: Borgere med bopæl i danske regioner, behandlet på off. sygehuse eller andre inst. betalt af bopælsregion. Året angiver opgørelsesåret. Alder er pr. 1 januar i opgørelsesåret. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR; Sygesikringsregisteret; Det grupperet landspatientregister og Lægemedelstatistikregisteret); BCG analyse.

Andelen af ældre over 65 år er væsentligt højere blandt de 10 pct. dyreste end blandt den brede befolkning, hhv. 48,2 pct. og 20,3 pct. i 2022. De ældre udgør dermed en

¹⁸ Takstsystem 2023 pr. 10 marts 2023. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Sygesikringsregisteret; LPR; Lægemedelstatistikregisteret; CPR-registeret)

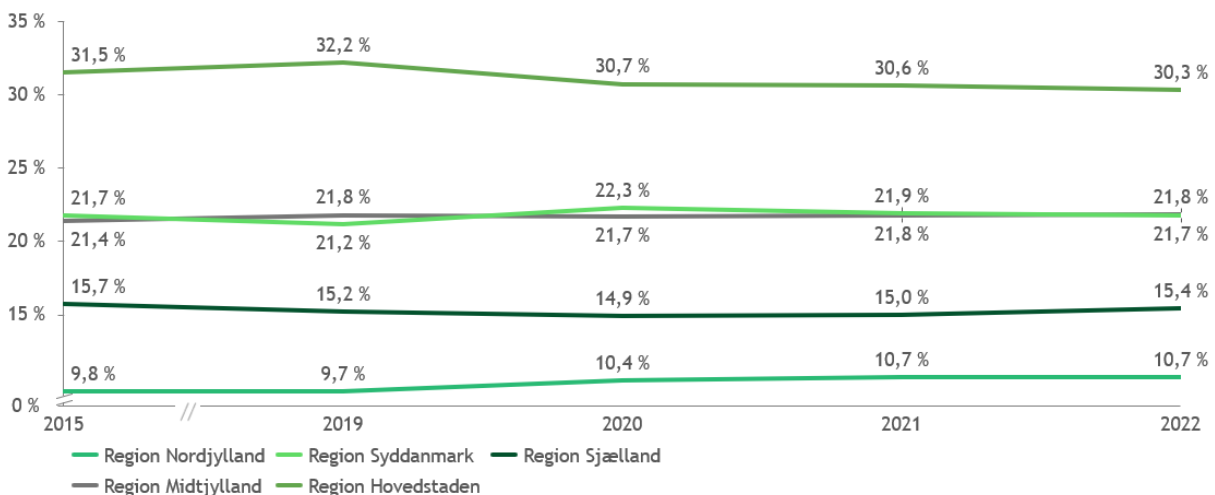
stor del af de 10 pct. dyreste patienter, og her er det særligt de ældste ældre, der fylder mere over tid. Hvor antallet af patienter over 75 år har været stigende, har antallet af ældre mellem 65-74 år været faldende, svarende til en reduktion på -1,9 pct mellem 2015 og 2022. Den stigende andel ældre blandt de 10 pct. dyreste patienter er dermed drevet af de ældre over 75 år. Hvis denne udvikling fortsætter, kan udgifterne blandt de 10 pct. dyreste, og dermed den samlede andel af befolkningens udgifter, formodes at stige. Som anvist i figur 34 er det særligt de ældre, der står for de højeste udgifter pr. person, hvor udgifter til fx det somatiske sygehusområde er højest blandt ældre over 65 år.

Den geografiske fordeling af de dyreste patienter afspejler befolkningen

Generelt afspejler fordelingen af de dyreste patienter den generelle fordeling af borgere i landet. Blandt de 10 pct. dyreste patienter har knap en tredjedel bopæl i Region Hovedstaden, jf. figur 37 nedenfor. Dette stemmer overens med, at 31,8 pct. af den samlede befolkning var bosat her i 2022. På samme måde har én ud af ti af de dyreste patienter bopæl i Region Nordjylland i 2022, hvor 10,1 pct. af den generelle befolkning er bosat. Fordelingen af de 10 pct. dyreste på tværs af regioner har været relativt stabil i perioden 2015 til 2022.

Figur 37 | De 10 pct. dyreste patienter fordelt på bopælsregion

Andel borgere pr. bopælsregion af den samlede gruppe, 2015-2022



Noter: Borgere med bopæl i danske regioner, behandlet på off. sygehuse eller andre inst. betalt af bopælsregion. Året angiver opgørelsesåret. Regionen er borgerens bopælsregion pr. 1 januar i opgørelsesåret. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR; Sygesikringsregisteret; Det grupperet landspatientsregister og Lægemedelstatistikregisteret); BCG analyse.

Det er værd at bemærke, at det ikke er andelen af borgere over 65 år i hver bopælsregion, som primært driver fordelingen af de 10 pct. dyreste patienter på tværs af regioner. Eksempelvis udgjorde ældre over 65 år 23,4 pct. af borgere i Region Sjælland i 2022, jf. figur 2, men kun 15,4 pct. af de 10 pct. dyreste patienter havde bopæl i denne region, jf. figur 37. Tilsvarende ligger Region Hovedstaden lavest hvad angår

andelen af borgere over 65 år (17,4 pct. i 2022, jf. figur 2), men højest i forhold til andelen af de 10 pct. dyreste patienter, jf. figur 37.

En tredjedel af de 10 pct. dyreste har en kronisk sygdom

En række målgrupper har særlig relevans i forhold til potentialet for omstilling af sundhedsvæsenet i kraft af den demografiske udvikling i samfundet. Dette gælder patienter med kronisk sygdom og multisygdom, samt ældre medicinske patienter.

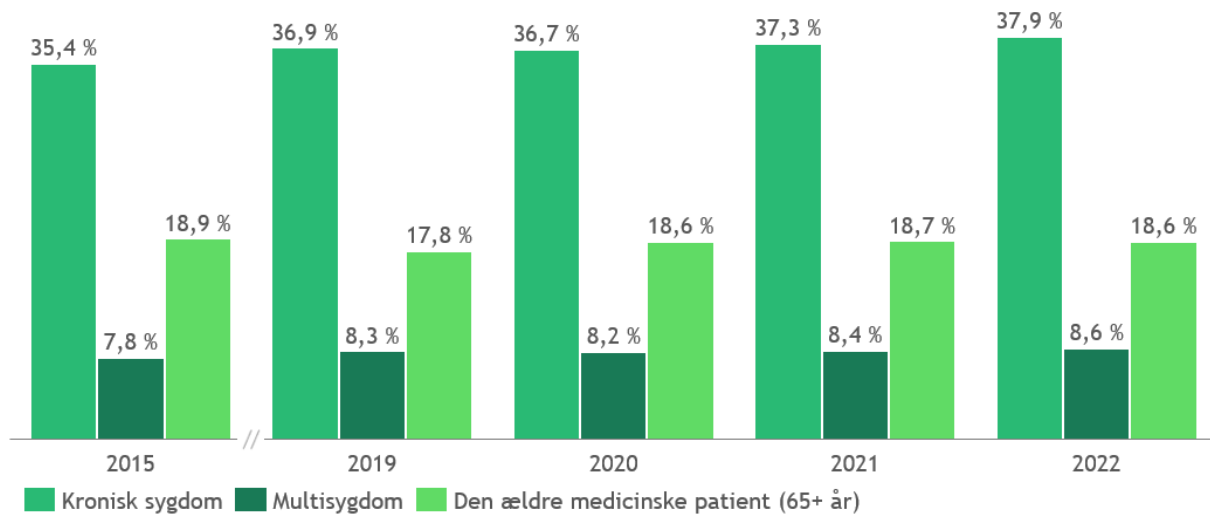
I nærværende afsnit er opgørelser over kronisk sygdom afgrænset til astma, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), leddegigt, osteoporose, type 1- og type 2-diabetes. Personer der hverken har været i kontakt med sygehus som følge af deres sygdom, eller indløst medicin mod deres sygdom, indgår ikke i opgørelsen. Patienter med multisygdom refererer til personer med mere end én af de førnævnte kroniske sygdomme, hvor ældre medicinske patienter betegner ældre over 65 år, som i løbet af året har haft mindst én kontakt på en medicinsk hospitalsafdeling under en indlæggelse.

Særligt kroniske sygdomme karakteriserer de 10 pct. dyreste patienter. Således havde mere end en tredjedel en kronisk sygdom i 2022, jf. figur 38 nedenfor. Over tid har denne andel været stigende, fra 35,4 pct. i 2015 til 37,9 pct. i 2022.

En del af disse patienter har mere end én kronisk sygdom, og har dermed multisygdom. Dette omfattede 8,6 pct. eller 51.000 i 2022.

38 pct.
af de 10 pct. dyreste har en kronisk sygdom (2022)

Figur 38 | Udvikling i målgrupper blandt de 10 pct. dyreste
Andel af borgere blandt de 10 pct., som indgår i den givne målgruppe, 2015-2022



Noter: Borgere med bopæl i danske regioner, behandlet på off. sygehuse eller andre inst. betalt af bopælsregion. Samme borger kan indgå i flere målgrupper. Året angiver opgørelsesåret. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR; Sygesikringsregisteret; Lægemiddelstatistikregisteret; CPR-registeret; Plejehjemsdata; RUKS); BCG analyse.

Knap en femtedel af de 10 pct. dyreste patienter er i 2022 ældre medicinske over 65 år. Den forholdsvis store andel af ældre medicinske patienter viser, at der er et stort økonomisk træk blandt ældre patienter, der har kontakt til en medicinsk afdeling under en indlæggelse. Hvis den nuværende praksis fortsætter, vil dette træk stige i takt med det stigende antal ældre. Det må derfor forventes, at ældre medicinske patienter fremadrettet fortsat vil udgøre en væsentlig del af de dyreste patienter i sundhedsvæsenet.

4.3 Kontakt til sygehusområdet blandt de 10 pct. dyreste

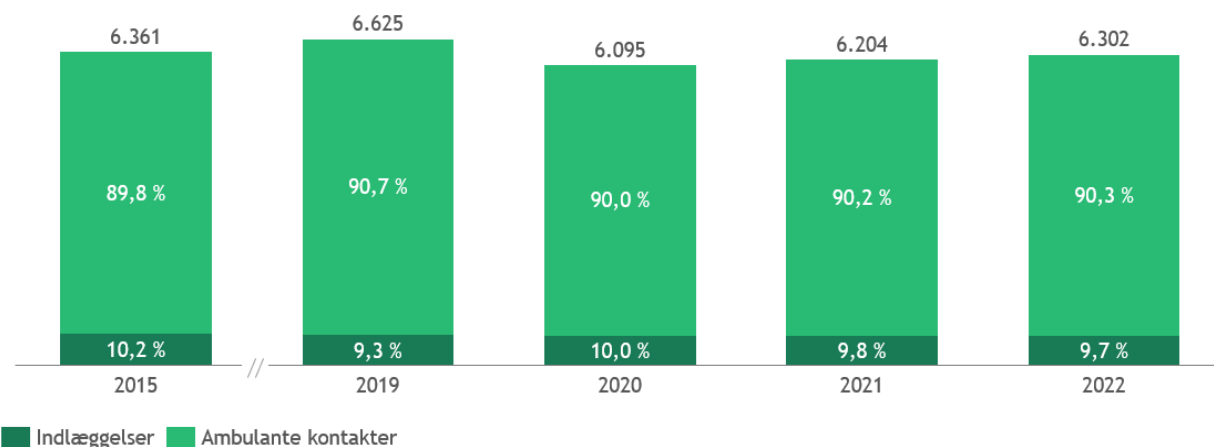
4.3.1 Udvikling i kontakt til sygehusområdet blandt de 10 pct. dyreste patienter

Flere indlæggelser blandt de 10 pct. dyreste patienter

Blandt de 10 pct. dyreste patienter har antallet af kontakter til sygehus været stigende år for år, med undtagelse af et større fald under COVID fra 2019 til 2020, jf. figur 39.¹⁹ I 2022 stod gruppen for 6,3 mio. kontakter til sygehus, svarende til ca. 50 pct. af alle kontakter til sygehus blandt den brede befolkning.

Figur 39 | Udvikling i antal kontakter til sygehuse blandt de 10 pct. dyreste, inddelt i hhv. ambulante kontakter og indlæggelser

Antal kontakter til sygehus (1.000), opdelt i hhv. indlæggelser og ambulante kontakter (andel af total) for de 10 pct. dyreste, 2015-2022



Noter: Borgere med bopæl i danske regioner, behandlet på off. sygehuse eller andre inst. betalt af bopælsregion. Afgrænset til alle offentligt-finansieret sygehuskontakter. Året er sygehuskontaktens afslutning. Indlæggelser: varighed ≥ 12 timer fra tidligste indskrivningstidspunkt til seneste udskrivningstidspunkt på de fysiske fremmøder. Ambulante kontakter: < 12 timer. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR; Sygesikringsregisteret; Lægemiddelstatistikregisteret; CPR-registeret; Plejehjemsdata; RUKS); BCG analyse.

¹⁹ En kontakt (eller "sygehusophold") er en kobling af fysiske fremmøder på danske hospitaler, såfremt de er tidsmæssigt overlappende eller optræder med ≤ 4 timers afstand mellem indskrivningstidspunkt og udskrivningstidspunkt. De kan opdeles i indlæggelser og ambulante kontakter.

Ikke overraskende fylder indlæggelser væsentligt mere for denne patientgruppe, end for den samlede patientgruppe i befolkningen. For de 10 pct. dyreste ligger andelen af indlæggelser i perioden på 9,3-10,2 pct., jf. figur 39, mens den for den brede patientgruppe ligger på 6,3-6,5 pct., jf. figur 10. Den større andel indlæggelser blandt den dyreste population kan være med til at drive de højere omkostninger i denne gruppe.

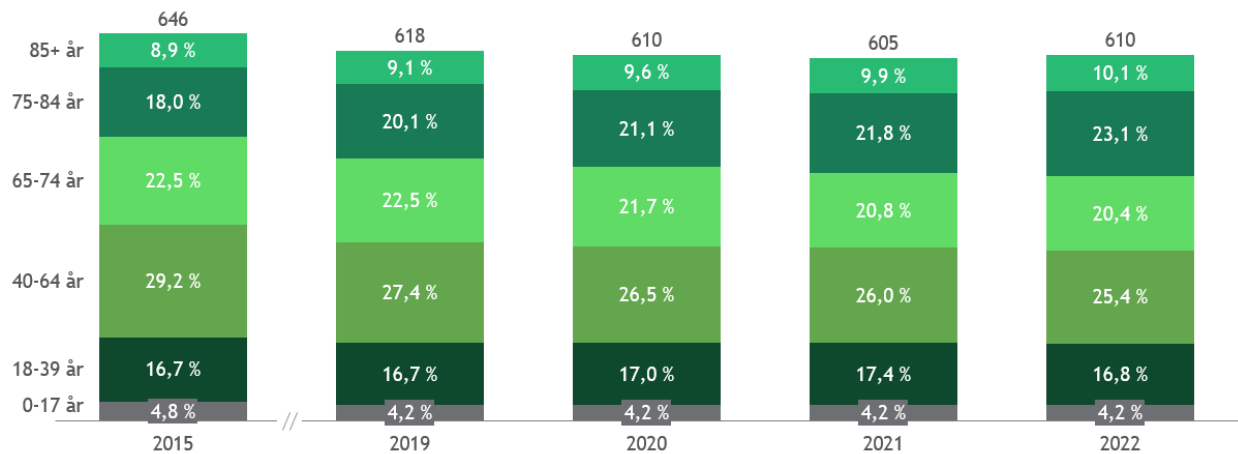
Mens der samlet set har været en stigning på godt 200.000 kontakter til sygehus blandt de dyreste patienter fra 2020 til 2022, har andelen af indlæggelser været jævnt faldende over perioden, jf. figur 39. Da antallet af kontakter fortsat ligger under niveauet i 2019, ses potentielt fortsat en indvirken af de ændrede kontaktmønstre under COVID. Der er dog tegn på, at typen af kontakt til sygehusene har ændret sig i retning af mere ambulante behandling for de 10 pct. dyreste patienter.

Patienter over 65 år driver størstedelen af indlæggelserne

Antallet af indlæggelser omfatter samlet godt 610.000 indlæggelser i 2022 blandt de 10 pct. dyreste patienter, jf. figur 40. Af disse stod patienter over 65 år for mere end halvdelen (53,6 pct.), og andelen har været stigende over tid. Derimod er antallet af indlæggelser blandt patienter i aldersgruppen 18-64 år faldende, hvilket i høj grad er drevet af et fald i antal personer i denne aldersgruppe blandt de 10 pct. dyreste, jf. figur 36.

Figur 40 | Udvikling i antal indlæggelser blandt de 10 pct. dyreste

Antal indlæggelser blandt de 10 pct. dyreste (1.000 og andel af total pr. aldersgruppe), 2015-2022



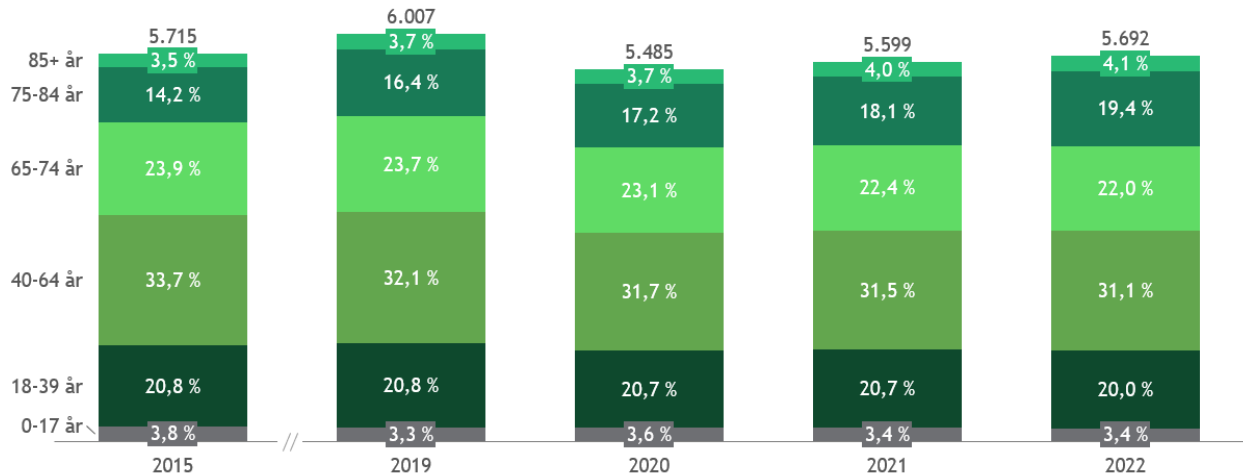
Noter: Borgere med bopæl i danske regioner, beh. på off. sygehus eller andre inst. betalt af bopælsregion. Afgrænset til alle off.-finansierede sygehuskontakter. Året er sygehuskontaktens afsl. Alder er pr. 1 januar i året. Ambulante kontakter: <12 timer fra tidl. indskrivningstids. til seneste udskrivningstids. på de fysiske fremmøder. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR; Sygesikringsregisteret; Lægemedelstatistikregisteret; CPR-registeret; Plejehjemsdata; RUKS); BCG analyse.

Omvendt har antallet af ambulante kontakter blandt de 10 pct. dyreste patienter været stigende år for år, med undtagelse af et større fald fra 2019 til 2020 i forbindelse

med COVID, jf. figur 41 nedenfor. Antal ambulante kontakter var i 2022 fortsat under præ-COVID-niveauet i 2019.

Figur 41 | Udvikling i antal ambulante kontakter blandt de 10 pct. dyreste

Antal ambulante kontakter til sygehus blandt de 10 pct. dyreste (1.000 og andel af total pr. aldersgruppe), 2015-2022



Noter: Borgere med bopæl i danske regioner, beh. på off. sygehuse eller andre inst. betalt af bopælsregion. Afgrænset til alle off.-finansierede sygehuskontakter. Året er sygehuskontaktens afsl. Alder er pr. 1 januar i året. Ambulante kontakter: <12 timer fra tidl. indskrivningstids. til seneste udskrivningstids. på de fysiske fremmøder. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR; Sygesikringsregisteret; Lægemiddelstatistikregisteret; CPR-registeret; Plejehjemsdata; RUKS); BCG analyse.

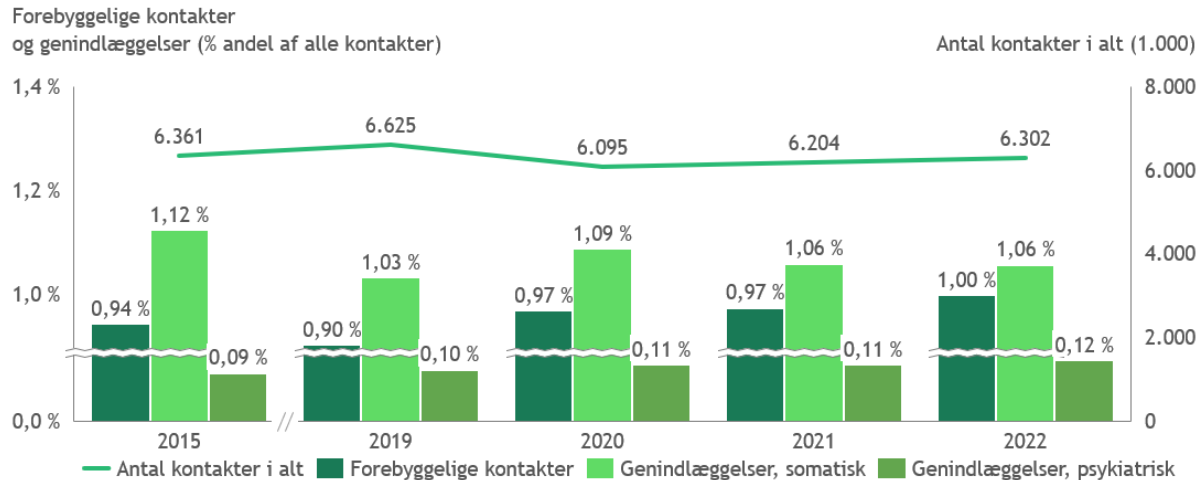
Blandt de 10 pct. dyreste står voksne mellem 40-64 år for den største andel af ambulante kontakter, knap en tredjedel i 2022, men denne andel har været jævnt faldende siden 2015, jf. figur 41. Omvendt er andelen af ældre over 65 år steget mellem 2015 og 2022, fra hhv. 41,7 pct. til 45,5 pct. Heriblandt er det ældre over 75 år, der driver stigningen, og denne gruppe står alene for knap 324.000 flere ambulante kontakter i 2022 sammenlignet med 2015.

Andelen af forebyggelige kontakter og genindlæggelser er stabil

Som nævnt ovenfor, er antallet af kontakter til sygehus blandt de 10 pct. dyreste patienter faldet fra 2015 til 2022. I samme periode ses kun mindre ændringer i andelen af forebyggelige kontakter og genindlæggelser, jf. figur 42 nedenfor.

Figur 42 | Udvikling i antal forebyggelige kontakter og genindlæggelser blandt de 10 pct. dyreste

Antal kontakter til sygehus (1.000), heraf andel forebyggelige kontakter og genindlæggelser blandt de 10 pct. dyreste (andel af alle sygehuskontakter), 2015-2022



Noter: Borgere med bopæl i danske regioner, behandlet på off. sygehuse eller andre inst. betalt af bopælsregion. Afgrænset til alle offentligt finansierede sygehuskontakter. Afgrænset til borgere med bopæl i danske regioner, behandlet på offentlige sygehuse eller andre institutioner betalt af bopælsregionen. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR; Sygesikringsregisteret; Lægemedelstatistikregisteret; CPR-registeret; Plejehjemsdata; RUKS); BCG analyse.

Forebyggelige kontakter til sygehus er en betegnelse for sygehuskontakter forårsaget af en række specifikke sygdomme og tilstande, som vurderes i et vist omfang at kunne forebygges, herunder fx dehydrering, forstoppelse, nedre luftvejssygdomme, blærebetændelse og tryksår.

Blandt de 10 pct. dyreste patienter var der næsten 3.000 flere forebyggelige kontakter i 2022 sammenlignet med 2015. Dette betyder, at andelen af forebyggelige kontakter til sygehus (både indlæggelser og ambulante kontakter) er steget fra knap 0,94 pct. i 2015 til 1,0 pct. i 2022. Hvor antallet af kontakter til sygehus samlet set har været faldende i denne periode, har antallet af forebyggelige kontakter således været stigende.

En lignende tendens ses i forhold til genindlæggelser på sygehus. En genindlæggelse kan være enten somatisk eller psykiatrisk, og betegner en indlæggelse, som starter akut og finder sted inden for 30 dage efter udskrivning fra en primærindlæggelse²⁰. Der har været mindre ændringer i antallet af somatiske genindlæggelser over tid,

²⁰ Somatiske genindlæggelser: 30-dages akut somatisk genindlæggelse - starter akut (der starter mindst et akut fysisk fremmøde samme dag som indlæggelsen starter) og finder sted i en defineret tidsperiode efter udskrivning fra en primærindlæggelse. Alle kontakter er somatiske, dvs. aktionsdiagnoserne er ikke DF-diagnoser og hovedspecialerne på de ansvarlige afd. er ikke børne- og ungepsykiatri eller psykiatri. Psykiatriske genindlæggelser: 30-dages akut psykiatrisk genindlæggelse - starter akut (der starter mindst et akut fysisk fremmøde samme dag som indlæggelsen starter) og finder sted i en defineret tidsperiode efter udskrivning fra en primærindlæggelse. Alle kontakter er psykiatriske, dvs. aktionsdiagnoserne er DF-diagnoser, eller hovedspecialerne på de ansvarlige afd. er børne- og ungepsykiatri eller psykiatri.

men antallet af psykiatriske genindlæggelser er steget fra hhv. 6.000 til knap 7.500 genindlæggelser, svarende til en stigning på 25 pct.

Som nævnt har antallet af psykiatriske genindlæggelser været stigende mellem 2015 og 2022, hvor antallet af somatiske genindlæggelser er faldet en smule i samme periode, jf. figur 42 ovenfor. Begge kontakttyper udgør dog fortsat en mindre andel af alle kontakter til sygehus blandt de 10 pct. dyreste patienter.

4.4 Kontakt til praksissektoren blandt de 10 pct. dyreste patienter

4.4.1 Udvikling i kontakt til almen praksis blandt de 10 pct. dyreste patienter

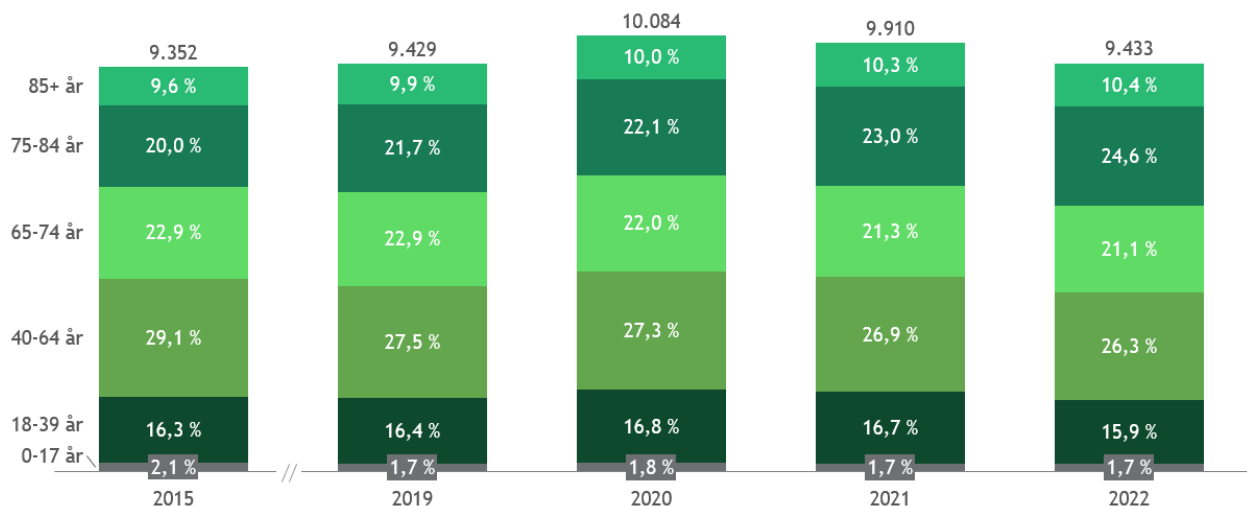
Flere kontakter til almen praksis blandt ældre over 75 år

Antallet af kontakter til almen praksis i dagstid blandt de 10 pct. dyreste patienter har været lettere stigende over tid, og er steget fra 9,35 mio. kontakter i 2015 til 9,43 mio. kontakter i 2022, jf. figur 43.²¹

Dette dækker over en markant stigning i antal kontakter ved starten af COVID, fra 2019 til 2020, hvorefter antallet igen er faldet. Antallet af kontakter er i 2022 tilbage på præ-COVID-niveauet, jf. figur 43.

Figur 43 | Udvikling i antal kontakter til almen praksis blandt de 10 pct. dyreste

Antal kontakter til almen praksis (1.000 og andel af total pr. aldersgruppe), 2015-2022



Noter: Året angiver afregningsåret. Afgrænset til borgere med bopæl i danske regioner, behandlet på off. sygehuse eller andre inst. betalt af bopælsregion. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR; Sygesikringsregisteret; Lægemiddelstatistikregisteret); BCG analyse.

²¹ For praksissektoren omfatter kontakter afregnede ydelser, der vurderes at udgøre en særskilt kontakt.

Ældre over 65 år står for størstedelen af kontakter til almen praksis blandt de 10 pct. dyreste - 56,1 pct. i 2022, hvilket er en stigning fra 52,5 pct. 2015, jf. figur 43 ovenfor. Særligt blandt de ældre over 75 år ses en stor stigning i antallet af kontakter til almen praksis, hvor antallet er steget med knap 538.000 i perioden 2015-2022.

Samtidig er antallet af kontakter til almen praksis blandt voksne (18-64 år) og børn under 18 år faldet over tid. Blandt de 10 pct. dyreste patienter er det således ældre over 65 år, der driver stigningen i kontakter til alment praktiserende læger. Blandt den brede befolkning er udgifter til praksissektor pr. person højst blandt ældre over 65 år, og særligt blandt de ældste over 85 år, jf. figur 34. En fortsat stigning i antal kontakter til almen praksis blandt ældre over 65 år kan dermed forventes at øge udgifter til praksissektor yderligere blandt de 10 pct. dyreste patienter.

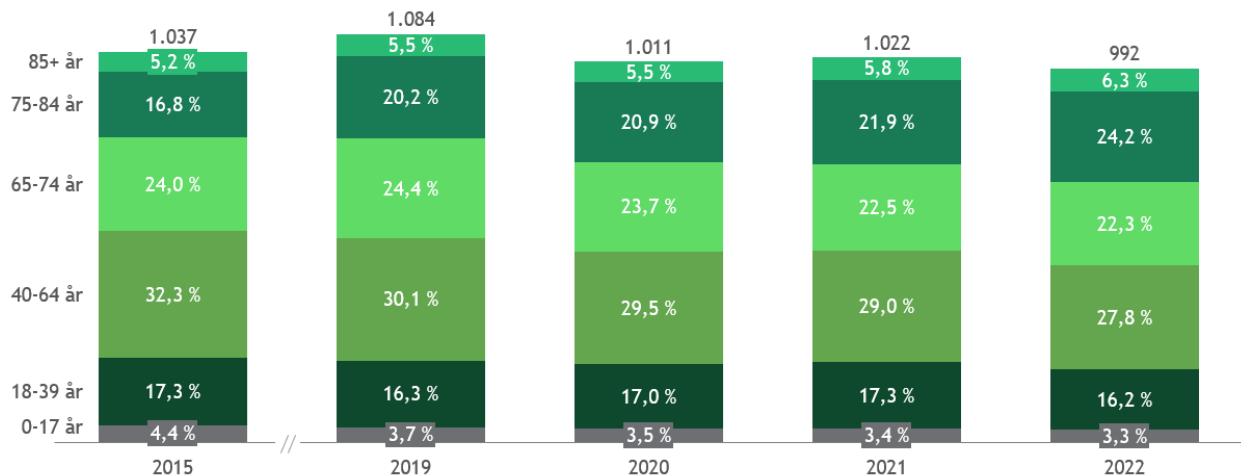
4.4.2 Udvikling i kontakt til speciallægepraksis blandt de 10 pct. dyreste patienter

Antal kontakter til speciallæger er faldende

Blandt de 10 pct. dyreste patienter har antallet af kontakter til speciallæge været svingende over tid. I 2022 var der således knap 1,0 mio. kontakter til speciallæger, hvilket afspejler et fald på -4,3 pct. siden 2015, jf. figur 44.

Figur 44 | Udvikling i antal kontakter til speciallæge blandt de 10 pct. dyreste

Antal kontakter til speciallæge blandt de 10 pct. dyreste (1.000 og andel af total pr. aldersgruppe), 2015-2022



Noter: Året angiver afregningsåret. Afgrænset til borgere med bopæl i danske regioner, behandlet på off. sygehuse eller andre inst. betalt af bopælsregion. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR; Sygesikringsregisteret; Lægemedelstatistikregisteret); BCG analyse.

Samlet set havde voksne mellem 18 og 64 år knap 436.000 kontakter i 2022, svarende til 43,9 pct. af alle kontakter til speciallæge, jf. figur 44. Denne andel er dog faldet lidt over tid.

Derimod har de ældre over 65 år i gruppen af de 10 pct. dyreste et stigende antal kontakter til speciallæge over tid - fra 477.000 kontakter i 2015 til godt 523.000 kontakter i 2022, eller en stigning på 9,7 pct. Dermed udgør ældre over 65 år 52,8 pct. af alle kontakter til speciallæge blandt patientgruppen i 2022.

4.5 Opsamling: De 10 pct. dyreste patienter for sundhedsvæsenet

Samlet set står de 10 pct. dyreste patienter for langt størstedelen af udgifterne til sundhedsvæsenet - hele 79 pct. af udgifterne til det somatiske sygehusområde blandt den samlede befolkning i 2022. Dette kan blandt andet være drevet af den højere andel af indlæggelser blandt de 10 pct. dyreste end blandt den samlede befolkning, samt af, at denne gruppe i 2022 stod for over halvdelen af alle kontakter til sygehus.

De 10 pct. dyreste patienter er særligt karakteriseret ved kronisk sygdom, hvilket gælder for en tredjedel af gruppen. Ydermere har næsten én ud af 10 patienter flere kroniske sygdomme (multisygdom). Dette viser, at patienter med kronisk sygdom i høj grad trækker på de økonomiske ressourcer i sundhedsvæsenet.

Blandt de 10 pct. dyreste patienter fylder ældre over 65 år stadig mere. Andelen af ældre har været voksende over en årrække og vil forventeligt fortsat vokse givet den demografiske udvikling. I kraft af, at udgiften pr. person er særligt høj blandt de ældre, kan dette betyde, at de 10 pct. dyreste patienter vil drive en endnu højere andel af befolkningens udgifter i fremtiden.

5 Målgrupper med særlig betydning for sundhedsvæsenet

Dette kapitel præsenterer en analyse af målgrupper af særlig interesse for Sundhedsstrukturkommissionen og omstillingen til det nære sundhedsvæsen, herunder: Patienter med kronisk sygdom eller multisygdom, ældre medicinske patienter samt børn, unge og voksne med psykiatriske diagnoser.

Patienter med kronisk sygdom omfatter personer, der har mindst én af følgende kroniske sygdomme: Astma, KOL, leddegigt, osteoporose, type 1 eller type 2-diabetes, mens patienter med multisygdom omfatter personer med mere end én af disse kroniske sygdomme.²² Den ældre medicinske patient omfatter borgere over 65 år, som har kontakt til en medicinsk afdeling under en indlæggelse. Endelig omfatter borgere med psykiatriske diagnoser personer, der har haft kontakt til sygehusområdet med en psykiatrisk diagnose som enten aktions- eller bidiagnose.

For hver af de beskrevne målgrupper er der en forventning om, at de i fremtiden vil have en stigende aktivitet i sundhedsvæsenet, og at der derfor vil være et betragteligt potentiale ved at have fokus på disse grupper i omstillingen af sundhedsvæsenet. Fælles for de tre førstnævnte målgrupper - patienter med kronisk sygdom, multisygdom og ældre medicinske patienter - er, at de er identificeret som en væsentlig del af de 10 pct. dyreste patienter for det danske sundhedsvæsen.²³ Som tidligere nævnt lider mere end en tredjedel af de 10 pct. dyreste patienter af kronisk sygdom og knap 9 pct. af de 10 pct. har multisygdom, jf. figur 38. Tilsvarende udgør ældre medicinske patienter næsten end femtedel af de 10 pct. dyreste patienter. De udvalgte målgrupper er således med til at drive en væsentlig udgift i det danske sundhedsvæsen.

For alle analyser tages der afsæt i registerdata fra Sundhedsdatastyrelsen, og der tages udgangspunkt i udviklingen i perioden 2015 til 2022. Hvor relevant estimeres udviklingen frem til henholdsvis 2035 og 2045 med udgangspunkt i den forventede demografiske udvikling og dermed data fra Danmarks Statistik. Hensigten er at illustrere både den aktuelle situation inden for den givne målgruppe og målgruppens forventede træk på sundhedsvæsenet mod 2045, hvis den nuværende praksis fastholdes. Fremskrivningerne medtager ikke sund aldring eller øvrige tendenser. Dog medtages ændringer i andelen af borgere pr. målgruppe, hvor dette forventes at påvirke aktiviteten i sundhedsvæsenet.

Kapitlet skitserer udviklingen i antal personer for hver af de fire målgrupper samt deres kontaktmønstre i forhold til henholdsvis sygehus (fysisk kontakt), almen praksis og kommunale sundheds- og plejeindsatser. Derudover analyseres det samlede ressource-træk blandt udvalgte målgrupper med henblik på at belyse tyngden i målgruppens kontakt til sundhedsvæsenet.

²² Borgere som kun har astma og KOL eller kun type 1 og 2 diabetes vil ikke indgå i gruppen med multisygdom.

²³ De 10 pct. dyreste i baggrundspopulationen, som er borgere i live og bosat i Danmark pr. 1 januar i opgørelsesåret.

Det skal bemærkes, at nogle borgere vil indgå i mere end én målgruppe, og der kan dermed være et overlap i opgørelserne som er præsenteret i dette afsnit. Eksempelvis har 37 pct. af ældre medicinske patienter i 2022 én kronisk sygdom, mens 14 pct. har flere kroniske sygdomme og dermed multisygdom. Tilsvarende har 23 pct. af borgere med en psykiatrisk diagnose også en eller flere kroniske sygdomme.²⁴

5.1 Patienter med kronisk sygdom

I følgende afsnit beskrives udviklingen i antal patienter med kronisk sygdom, dvs. personer med mindst én af seks sygdomme: Astma, KOL, leddegigt, osteoporose, type 1-diabetes eller type 2-diabetes. Herudover beskrives målgruppens kontakt til sygehus²⁵, almen praksis og kommunale sundheds- og plejeindsatser. Slutteligt analyseres det samlede ressourcetræk på sygehuse, praksissektoren og i kommunale sundheds- og plejeindsatser blandt målgruppen med henblik på at belyse tyngden af målgruppens kontakt til sundhedsvæsenet.

I opgørelserne indgår ikke personer, der hverken har været i kontakt med sygehus som følge af deres sygdom eller indløst medicin mod deres sygdom. Antallet af patienter med de udvalgte kroniske sygdomme er således underestimeret.

5.1.1 Udviklingen i antal patienter med kronisk sygdom

16 pct. af borgere led i 2022 af en kronisk sygdom

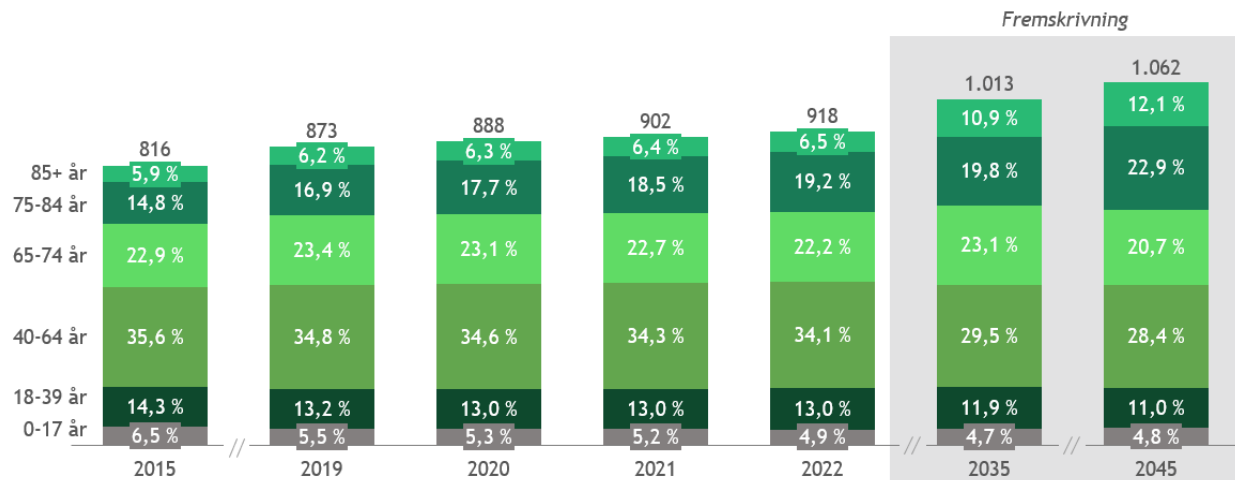
I 2022 var der knap 0,92 mio. patienter med kronisk sygdom, svarende til 15,6 pct. af befolkningen, jf. figur 45 nedenfor. Antallet af patienter med kronisk sygdom har været jævnt stigende fra 0,82 mio. i 2015 til de førnævnte 0,92 mio. i 2022, svarende til en stigning på 12,5 pct.

²⁴ Opgørelsen omfatter det samlede antal unikke personer, der pr. 1 januar i opgørelsesåret har haft minimum én kontakt til det psykiatriske og/eller somatiske sygehusområde med DF00-DF99 som aktions- eller bidiagnose inden for de seneste 10 år forud for opgørelsesperioden.

²⁵ Dækker over både indlæggelser og ambulante kontakter. Kontakter til sygehus repræsenterer "sygehusophold", dvs. en kobling af fysiske fremmøder på danske hospitaler, såfremt de er tidsmæssigt overlappende eller optræder med ≤ 4 timers afstand mellem indskrivningstidspunkt og udskrivningstidspunkt.

Figur 45 | Udvikling i antal patienter med kronisk sygdom

Antal patienter med kronisk sygdom (1.000 personer og andel af total pr. aldersgruppe), 2015-2045F



Noter: Fremskrivning tager kun udgangspunkt i den demografiske udvikling og tal kan dermed afvige fra øvrige opgørelser over forventet udvikling blandt kronikere. Afgrænset til borgere i live og bosat i DK pr. 1 jan. i opgørelsesåret. Alder er pr. 1 januar i året. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR; Sygesikringsregisteret; CPR-registeret; Plejehjemsdata; RUKS; BCG analyse.

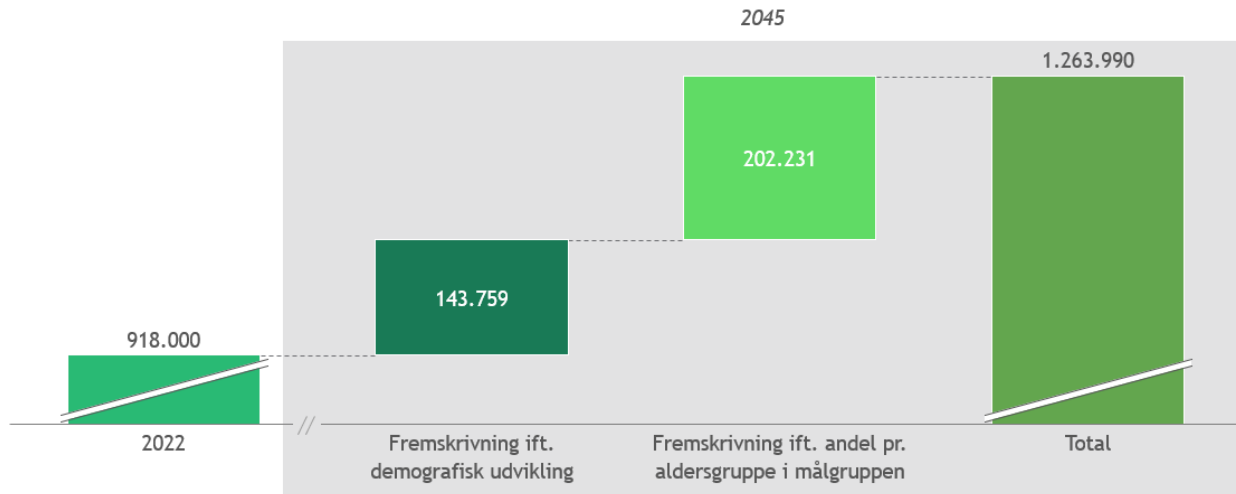
Med afsæt i den demografiske udvikling og herunder det stigende antal ældre, viser fremskrivninger, at antallet af patienter med kronisk sygdom vil stige til godt 1,0 mio. i 2045, dvs. en stigning på knap 16 pct. fra 2022. Da patienter med kronisk sygdom formodes at trække på sundhedsvæsenet i særlig høj grad grundet hyppige kontakter, vil det stigende antal kronikere forventeligt skabe en øget efterspørgsel på sundhedsvæsenets ydelser over tid.

Flest ældre blandt kronikergruppen

Ældre over 65 år fylder mest i den samlede kronikergruppe - i 2022 var knap 48 pct. af gruppen over 65 år. Det stigende antal ældre får derfor også stor betydning for antallet af patienter med kronisk sygdom, jf. figur 45. I 2045 viser fremskrivninger, at mere end halvdelen af alle patienter med kronisk sygdom vil være over 65 år - eller omkring 0,6 mio. patienter.

I figur 45 ovenfor fremskrives udviklingen i antallet af patienter med kronisk sygdom alene på baggrund af den demografiske udvikling. Hvis vi tilføjer vækstraten i forhold til andelen af borgere pr. aldersgruppe, der har en kronisk sygdom, og antager, at denne fortsætter tilsvarende niveauet mellem 2015 og 2022, betyder dette en stigning i antallet af patienter med kronisk sygdom i 2045 på yderligere 202.000 eller samlet 1,26 mio. personer, jf. figur 46. Dette vil svare til en stigning på knap 38 pct. mellem 2022 og 2045.

Figur 46 | Antal patienter med kronisk sygdom: Fremskrivning
Antal patienter med kronisk sygdom, 2022 og 2045F



Noter: "Fremskrivning ift. demografisk udvikling" jf. figur 45. "Fremskrivning ift. andel pr. aldersgruppe i målgruppen" baseres på vækstraten i andelen af borgere m. kronisk sygdom pr. aldersgruppe fra 2015-2022. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR; Sygesikringsregisteret; CPR-registeret; Plejehjemsdata; RUKS); BCG analyse.

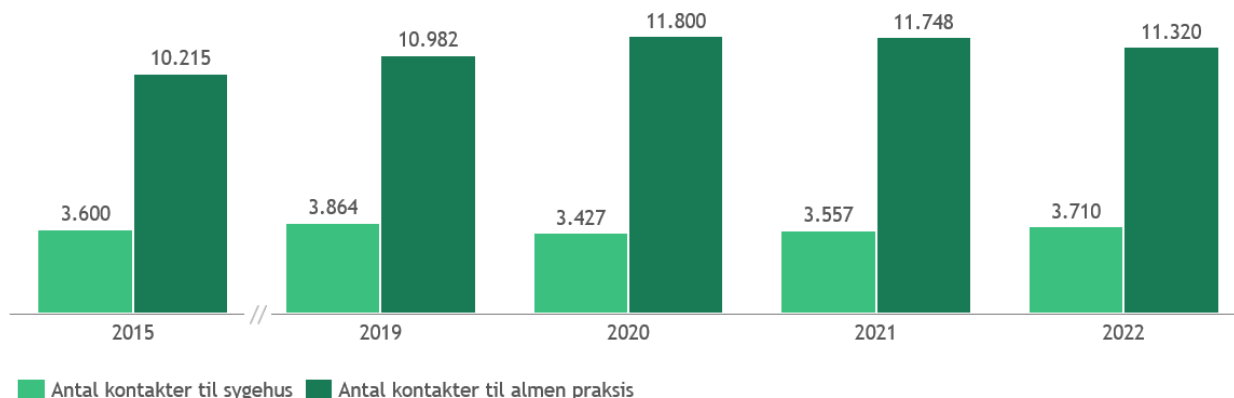
5.1.2 Udvikling i antal kontakter til sygehus og almen praksis blandt patienter med kronisk sygdom

Antal kontakter til både sygehuse og almen praksis er steget

Antallet af kontakter til sygehus og almen praksis blandt patienter med kronisk sygdom har været svingende over tid, dog med en samlet stigning siden 2015, jf. figur 47. I 2022 havde denne målgruppe godt 3,71 mio. kontakter til sygehus, hvilket er en stigning på 3,1 pct. siden 2015, jf. figur 47. Tilsvarende er antal kontakter til almen praksis også steget blandt patienter med kronisk sygdom, fra 10,21 mio. kontakter i 2015 til 11,32 mio. kontakter i 2022, svarende til en stigning på 10,8 pct.

Figur 47 | Udvikling i antal kontakter til sundhedsvæsenet blandt kronikere

Antal kontakter til hhv. sygehus og almen praksis blandt patienter med kronisk sygdom (1.000), 2015-2022



Noter: Kun pt. med dansk bopælsregion. Alle off.-finansieret sygehuskontakter indgår. Almen praksis afgrænset til dagstid - tal kan være lidt underestimeret, da dataafgrænsningen afviger fra opgørelsen af antal patienter. Antal kontakter til almen praksis pba. afregnede ydelser i Sygesikringsregisteret; kun ydelser, som vurderes at udgøre en særskilt kontakt. Årstal - sygehus: året for kontaktens afslutning; almen praksis: behandlingsår. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR; Sygesikringsregisteret; CPR-registeret; Plejehjemsdata; RUKS); BCG analyse

Antal kontakter til sygehus blandt patienter med kronisk sygdom faldt under pandemien i 2020, hvorefter antallet har været stigende igen, jf. figur 47. Imidlertid er antal kontakter til almen praksis steget med 7,4 pct. fra 2019 til 2020, hvorefter niveauet er faldet igen, jf. figur 47. Stigningen i kontakt til almen praksis under COVID har formodentligt været drevet af særligt øget aktivitet i e-mail og telefonkonsultationer. Antal kontakter til almen praksis ligger fortsat over præ-COVID-niveauet i 2022.

I 2022 stod patienter med kronisk sygdom for næsten 25,9 mia. kr. i udgifter til det somatiske sygehusområde, svarende til 35 pct. af befolkningens samlede udgifter til området, jf. figur 32.²⁶ Ligeledes havde gruppen udgifter på godt 3,6 mia. kr. til praksissektoren, eller 26 pct. af de samlede udgifter på området. Dette underbygger, at kronikergruppen har et forholdsvist stort træk på sundhedsvæsenet, og kan bidrage med et særligt potentiale ved omstilling af målgruppens kontakt.

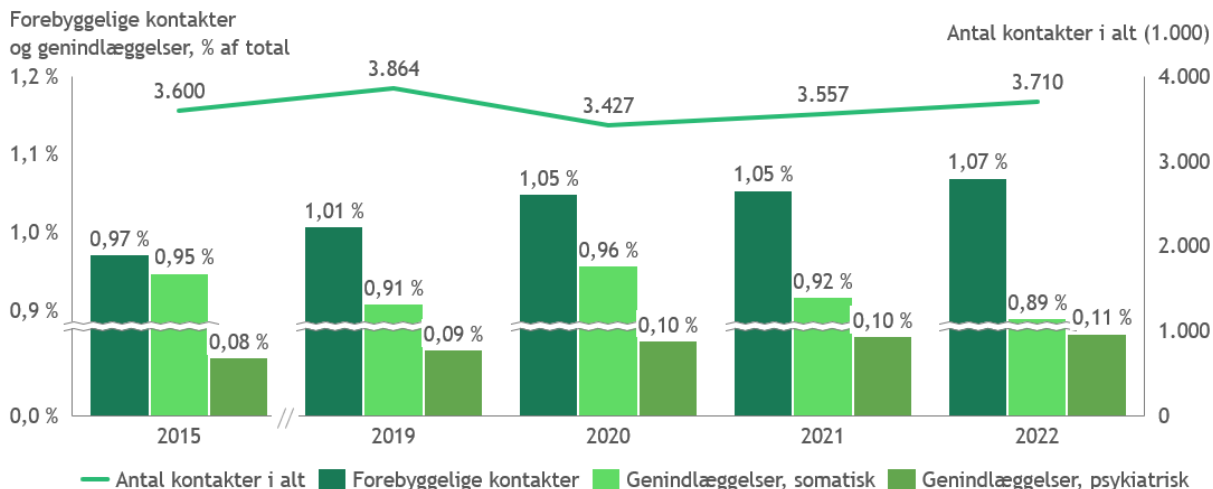
Andelen af forebyggelige kontakter er stigende

Forebyggelige kontakter til sygehus omfatter en række specifikke sygdomme og tilstande, som vurderes i et vist omfang at kunne forebygges, fx dehydrering eller blærebetændelse. Blandt alle kronikergruppens kontakter til sygehus, udgør forebyggelige kontakter 1,07 pct. af kontakter i 2022, jf. figur 48 nedenfor. Antallet af forebyggelige kontakter er dermed steget med 13 pct. siden 2015, hvor de udgjorde 0,97 pct. af alle sygehuskontakter (dvs. alle indlæggelser og ambulante kontakter). Dog udgør forebyggelige kontakter fortsat en meget lille andel af sygehuskontakterne blandt kronikerne.

²⁶ Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (LPR taktsystem 2023 pr. 10 marts 2023; Sygesikringsregisteret; CPR-registeret; RUKS); BCG analyse

Figur 48 | Kontakter til sygehus blandt patienter med kronisk sygdom

Antal kontakter til sygehus (1.000) blandt patienter med kronisk sygdom, heraf andel forebyggelige kontakter og genindlæggelser (andel af alle sygehuskontakter), 2015-2022



Noter: Afgrænset til borgere i live og bosat i DK pr. 1 jan. i opgørelsesåret. Alle off.-finansierede sygehuskontakter inkl.. År angiver året for kontaktens afslutning. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR; Sygesikringsregisteret; CPR-registeret; Plejehjemsdata; RUKS); BCG analyse

Genindlæggelser er defineret som indlæggelser, der starter akut og finder sted mindre end 30 dage fra en primærindlæggelse.²⁷ Andelen af somatiske genindlæggelser har været svingende over tid (antal mellem 32.000 til godt 35.000 pr. år), mens der ses en stigende tendens i andelen af psykiatriske genindlæggelser, der er steget med godt 1.000 genindlæggelser fra 2015 til 2022, svarende til en stigning på 45 pct., jf. figur 48.

Ændringer blandt forebyggelige kontakter og psykiatriske genindlæggelser har været forholdsvis store, og tyder dermed på en større udvikling i kontaktmønstret blandt patienter med kronisk sygdom. Dette bør dermed være et vigtigt opmærksomhedspunkt ved varetagelse af denne gruppe, og tyder også på et muligt potentiale hvis disse problematikker kan håndteres.

²⁷ Somatiske genindlæggelser: 30-dages akut somatisk genindlæggelse - starter akut (der starter mindst et akut fysisk fremmøde samme dag som indlæggelsen starter) og finder sted i en defineret tidsperiode efter udskrivning fra en primærindlæggelse. Alle kontakter er somatiske, dvs. aktionsdiagnoserne er ikke DF-diagnoser og hovedspecialerne på de ansvarlige afd. er ikke børne- og ungepsykiatri eller psykiatri. Psykiatriske genindlæggelser: 30-dages akut psykiatrisk genindlæggelse - starter akut (der starter mindst et akut fysisk fremmøde samme dag som indlæggelsen starter) og finder sted i en defineret tidsperiode efter udskrivning fra en primærindlæggelse. Alle kontakter er psykiatriske, dvs. aktionsdiagnoserne er DF-diagnoser, eller hovedspecialerne på de ansvarlige afd. er børne- og ungepsykiatri eller psykiatri.

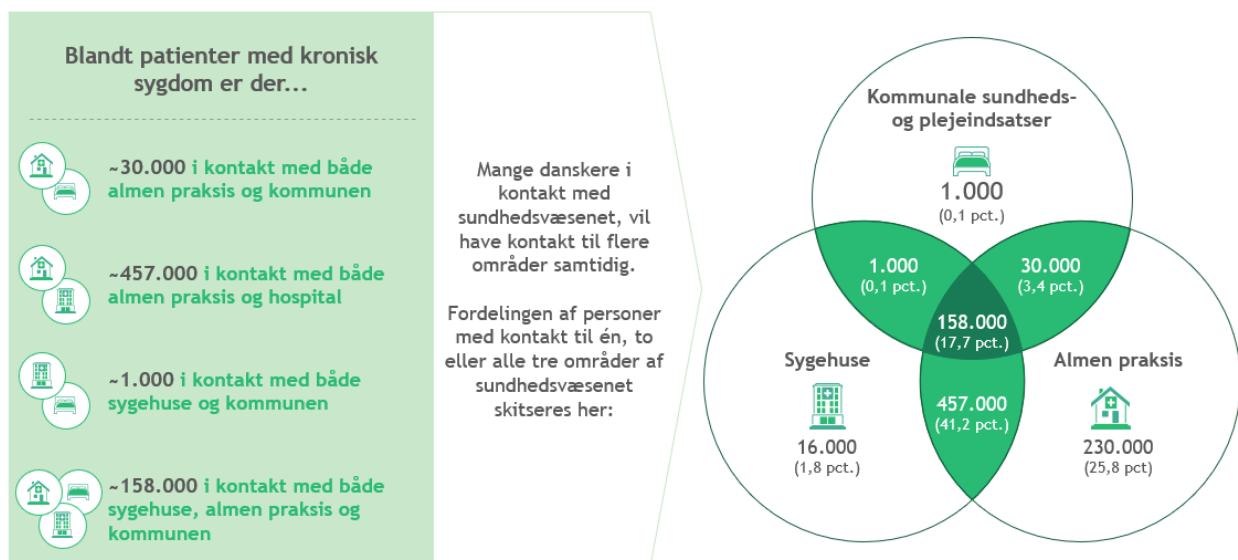
5.1.3 Udvikling i antal patienter med kronisk sygdom med kontakt til flere dele af sundhedsvæsenet

Størstedelen af patienter med kronisk sygdom trækker på flere dele af sundhedsvæsenet

Blandt patienter med kronisk sygdom, er der mange, som har kontakt til flere dele af sundhedsvæsenet samtidig, fx både almen praksis og sygehus, jf. figur 49 nedenfor. Figurens cirkler angiver andelen af den samlede kronikergruppe i kontakt med det pågældende område i 2022. De grønne ellipser angiver andelen af patienter, der havde kontakt til flere dele af sundhedsvæsenet samtidig, jf. figur 49. Blandt patienter med kronisk sygdom, der havde kontakt til sundhedsvæsenet, var 25,8 pct. udelukkende i kontakt med almen praksis, mens kun 1,8 pct. udelukkende var i kontakt med sygehuse. Hele 41,2 pct. var i kontakt med både almen praksis og sygehus.

Figur 49 | Antal patienter med kronisk sygdom i kontakt med sundhedsvæsenet

Antal kronikere i kontakt med flere dele af sundhedsvæsenet i året samt andel i kontakt med hhv. sygehus, almen praksis og kommunale sundheds- og plejeindsatser, 2022



Noter: Tal er afrundet. Pct.'er i cirklen angiver andelen af patienter i kontakt, der har kontakt med det pågældende område. Den enkelte patient kan kun indgå i én kontaktgruppe. Foruden tallet i midten, dvs. tal for alle tre områder, indgår ikke sygehuskontakter der udeluk. foregår på private hospitaler. Almen praksis kun dagstid og ydelser, som vurderes som særskilt kontakt. Kommun. indsats.: hjemmehjælp, hjemmesygepleje, genopt., vedligehold. træning eller rehab., plejehjem. Kun godkendte kommuner med tilstrækkeligt datagrundlag. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR; Sygesikringsregisteret; EOJ; Plejehjemsdata; CPR-registeret; RUKS); BCG analyse.

Det er ikke overraskende, at kronikere i kontakt med sygehus eller kommunale sundheds- og plejeindsatser ofte også har kontakt til almen praksis, da almen praksis i dag typisk fungerer som det første kontaktpunkt i sundhedsvæsenet. 615.000 (457.000 med kontakt til almen praksis og sygehus, og 158.000 med kontakt til alle tre områder af sundhedsvæsenet) patienter med kronisk sygdom havde således i 2022 kontakt til både almen praksis og sygehus, mens 188.000 (30.000 med kontakt til almen praksis

og kommunale sundheds- og plejeindsatser og 158.000 med kontakt til alle tre områder af sundhedsvæsenet) havde kontakt til både almen praksis og de kommunale sundheds- og plejeindsatser, jf. figur 49 ovenfor. Derimod var kun 1.000 kronikere i kontakt med sygehus og kommunale sundheds- og plejeindsatser uden at være i kontakt med almen praksis, jf. figur 49.

Blandt patienter med kronisk sygdom er en forholdsvis stor andel i kontakt med alle tre dele af sundhedsvæsenet samtidig. Godt 158.000 patienter, svarende til 17,7 pct. af målgruppen, havde kontakt til alle dele af sundhedsvæsenet i 2022, jf. figur 49. Til sammenligning var der blandt den brede befolkning blot 5,9 pct., der havde kontakt til alle dele af sundhedsvæsenet, jf. figur 30. Dette tydeliggør vigtigheden af en tværsektoriel tilgang til patienter med kronisk sygdom.

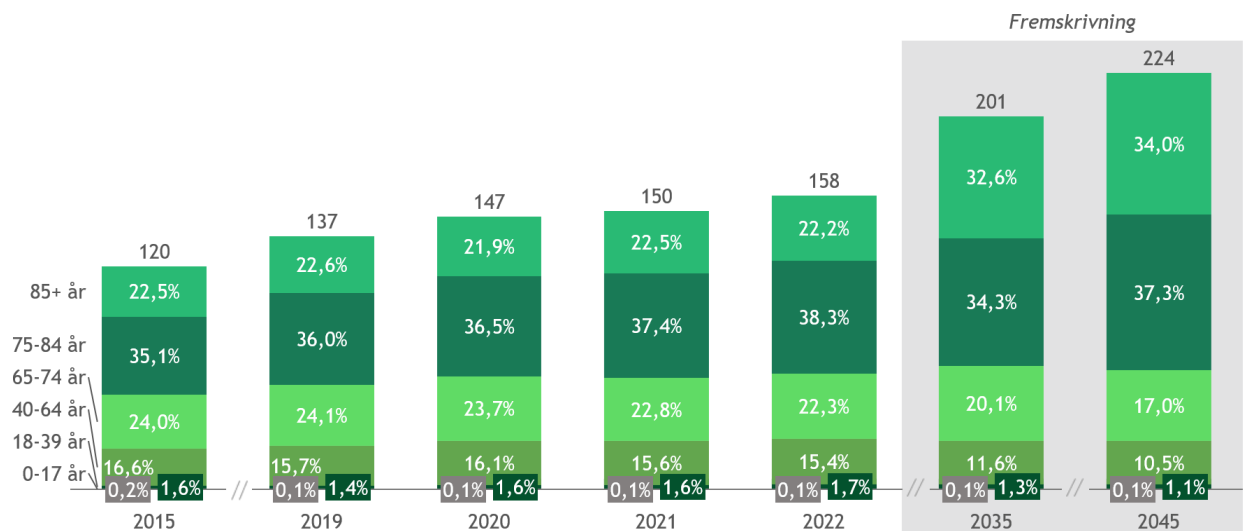
Antallet af kronikere der trækker på alle dele af sundhedsvæsenet stiger

Antallet af patienter med kronisk sygdom i kontakt med alle dele af sundhedsvæsenet har været stigende over tid, fra godt 120.000 i 2015 (15 pct.) til de 158.000 (17,7 pct.) i 2022, jf. figur 50 nedenfor.

Hvis udviklingen i denne gruppe fremskrives med den demografiske udvikling, forventes der i 2045 at være 224.000 kronikere i kontakt med alle dele af sundhedsvæsenet, svarende til en stigning på 42 pct. siden 2022.

Figur 50 | Udvikling i antal kronikere i kontakt med både sygehuse, almen praksis og kommunale sundheds- og plejeindsatser

Antal patienter med kronisk sygdom med kontakt til både sygehuse, almen praksis og kommunale sundheds- og plejeindsatser (1.000 og andel af total pr. aldersgruppe), 2015-2045F



Noter: Personer i live og bosat i DK pr. 1 januar i opgørelsesåret. Alle offentligt-finansieret sygehuskontakter indgår. Almen praksis afgrænset til dagstid. Aldersgruppe pr. 1. januar i afregningsåret. Kommunale indsats.: plejehjem, hjemmehjælp, hjemmesygepleje, genoptræning, vedl. træning eller rehabilitering. Kun godkendte kommuner pba. datagrundlag er inkl. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR, Sygesikringsregisteret; CPR-registeret; Plejehjemsdata; RUKS); BCG analyse.

Flest ældre kronikere har kontakt til alle dele af sundhedsvæsenet

Gruppen af kronikere med kontakt til alle dele af sundhedsvæsenet omfatter hovedsageligt ældre over 65 år - i 2022 var således 83 pct. af kronikerne med kontakt til alle dele af sundhedsvæsenet over 65 år. Antallet af ældre kronikere, der har kontakt til alle dele af sundhedsvæsenet, vil kunne stige over tid. Fremskrivninger viser, at ældre over 65 år i 2045 vil udgøre næsten 90 pct. af kronikergruppen, der har kontakt til alle dele af sundhedsvæsenet samtidig. Heraf forventes der en fordobling i antallet af ældre over 85 år (omkring 76.000 patienter i 2045).

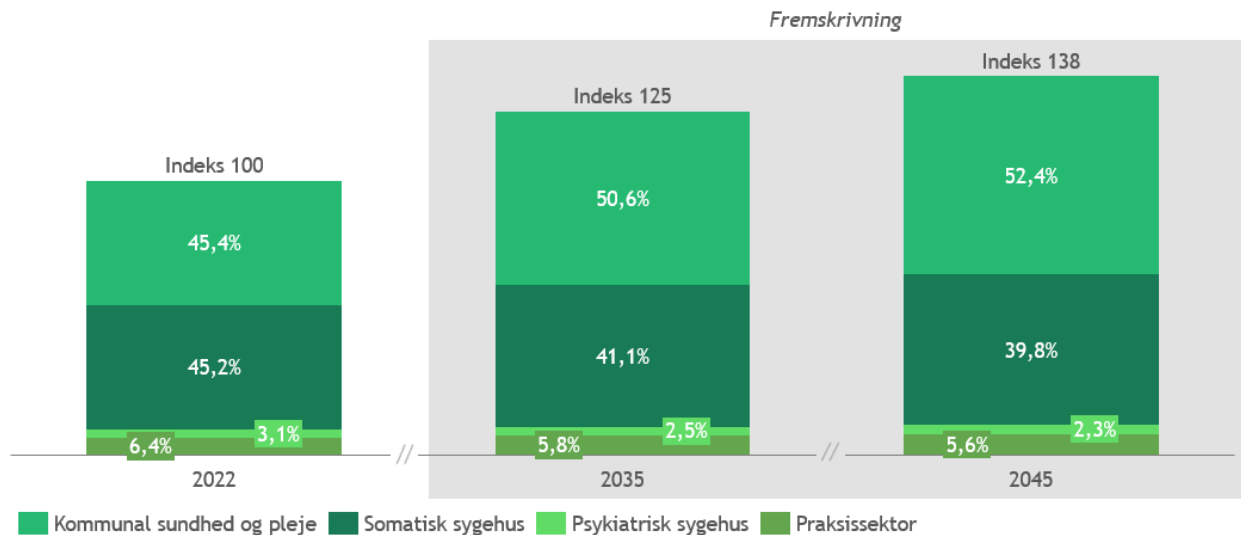
5.1.4 Udvikling i ressourcetræk blandt patienter med kronisk sygdom

Kronikere trækker mest på kommunale sundheds- og plejeindsatser

Blandt patienter med kronisk sygdom udgør kommunale sundheds- og plejeindsatser og det somatiske sygehusområde størstedelen (91 pct.) af det samlede ressourcetræk i 2022, jf. figur 51 nedenfor.

Figur 51 | Udvikling i ressourcetræk blandt patienter med kronisk sygdom

Indekstal for udvikling i ressourcetræk blandt patienter med kronisk sygdom på tværs af sundhedsvæsenets områder og andel af ressourcetræk pr. område, 2022, 2035F og 2045F



Noter: Afgrænset til borgere med bopæl i danske regioner, behandlet på off. sygehuse eller andre inst. betalt af bopælsregion og m. gyldigt CPR-nr. Komm. indeholder kun godkendte kommuner, derfor underestimeret. Alle modtagere af en kommunal ydelse tildeles det samme ressourcetræk og ikke hvor meget af ydelsen de får tildelt. Inkl. hjemmehj., hjemmesygepleje, genopt. og vedligehold. træning, rehab., forebyg. hjemmebesøg og plejehjemsbeb. Somatisk: DRG-takster, Psykiatrisk: Stationær aktivitet pba. sengedagstakst og ambulans aktivitet pba. besøgstakst - skaleret ud fra foreløbig justeringsfaktor. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR; Sygesikringsregisteret; CPR-registeret; EOJ; RUKS); BCG analyse

Fremskrivninger viser, at ressourcetrækket blandt patientgruppen i 2045 vil stige til indeks 138 sammenlignet med 2022. Stigningen forventes at forekomme på tværs af

alle områder i sundhedsvæsenet, men der vil ske en ændring i det relative ressource-træk mellem områderne. Samlet set vil en større andel af ressourcerne gå til kommunale sundheds- og plejeindsatser - en stigning fra 45,4 pct. i 2022 til godt 52 pct. i 2045, jf. figur 51. Således ventes over halvdelen af ressource-trækket blandt kronikere at omfatte kommunale sundheds- og plejeindsatser.

5.1.5 Opsamling: Patienter med kronisk sygdom

Antallet af patienter med kronisk sygdom har været jævnt stigende over tid - særligt blandt ældre over 65 år. Herudover er antallet af kontakter til hhv. sygehus og almen praksis steget blandt målgruppen, og andelen af forebyggelige kontakter er også vokset en smule over tid.

Derudover er antallet af patienter med kronisk sygdom med kontakt til alle områder af sundhedsvæsenet, altså sygehus, almen praksis og kommunale sundheds- og plejeindsatser, steget over tid. Således var 17 pct. af den samlede kronikergruppe i kontakt med alle områder i 2022, sammenlignet med knap 15 pct. i 2015. Hvis nuværende praksis fastholdes, forventes denne stigende tendens at fortsætte, og der vil i 2045 være hele 42 pct. flere kronikere i kontakt med alle dele af sundhedsvæsenet, dvs. 224.000 patienter med kronisk sygdom.

Samtidig forventes et stigende ressource-træk blandt patienter med kronisk sygdom (indeks 183 i 2045 sammenlignet med 2022), hvilket understreger potentialet ved koordination og omstilling af sundhedsvæsenets opgaver på kronikerområdet.

5.2 Patienter med multisygdom

Nedenfor beskrives udviklingen i antal patienter med multisygdom, der her defineres som borgere med mere end én af følgende kroniske sygdomme: Astma, KOL, leddegigt, osteoporose, type 1- eller type-2 diabetes. Herudover beskrives målgruppens kontakt til sygehuse²⁸, almen praksis og kommunale sundheds- og plejeindsatser. Sluteligt analyseres det samlede ressource-træk på sygehuse, praksissektoren og i kommunale sundheds- og plejeindsatser blandt målgruppen med henblik på at belyse tyngden i målgruppens kontakt til sundhedsvæsenet.

Således udgør målgruppen en delmængde af gruppen med kronisk sygdom, som er behandlet i ovenstående afsnit. Det er relevant at behandle denne gruppe med multisygdom for sig, da patienter med flere kroniske sygdomme kan kræve øget behandling/kontakt, og dermed trække på flere af sundhedsvæsenets ressourcer.

I de følgende opgørelser indgår ikke personer, der hverken har været i kontakt med sygehus som følge af deres sygdom eller indløst medicin mod deres sygdom. Desuden

²⁸ Dækker over både indlæggelser og ambulante kontakter. Kontakter til sygehus repræsenterer "sygehusophold", dvs. en kobling af fysiske fremmøder på danske hospitaler, såfremt de er tidsmæssigt overlappende eller optræder med ≤ 4 timers afstand mellem indskrivningstidspunkt og udskrivningstidspunkt.

er patientgruppen som nævnt afgrænset til et udvalg af kroniske sygdomme. Antallet af patienter med multisygdom er således underestimeret.

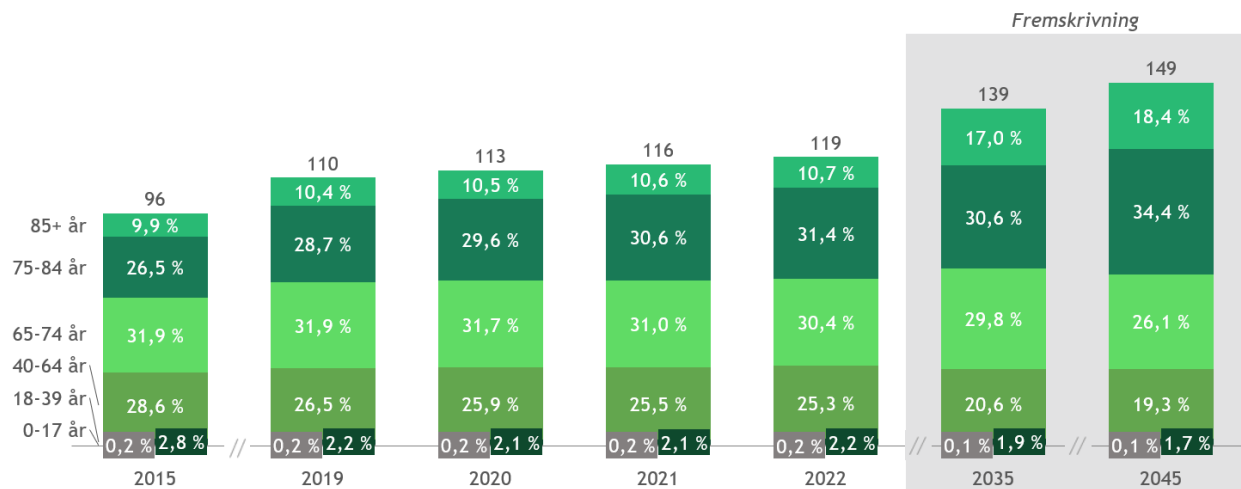
5.2.1 Udviklingen i antal patienter med multisygdom

Flest ældre blandt patienter med multisygdom

I 2022 var der knap 119.000 patienter med multisygdom, svarende til 2 pct. af befolkningen, jf. figur 52 nedenfor. Antallet af patienter med multisygdom er steget markant over tid, med 24,2 pct. eller 23.000 patienter siden 2015.

Figur 52 | Udvikling i antal patienter med multisygdom

Antal patienter med mere end én kronisk sygdom (multisygdom) (1.000 personer og andel af total pr. aldersgruppe), 2015-2045F



Noter: Afgrænset til borgere i live og bosat i DK pr. 1 jan. i opgørelsesåret. Alder er pr. 1 januar i året. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR; Sygesikringsregisteret; CPR-registeret; Plejehjemsdata; RUKS); BCG analyse.

Med afsæt i den demografiske udvikling og herunder det stigende antal ældre, forventes antallet af patienter med multisygdom at stige til godt 149.000 i 2045, eller en stigning på knap 26 pct. fra 2022, jf. figur 52. Da denne målgruppe formodes at trække på sundhedsvæsenet i særlig grad grundet hyppige kontakter, vil det stigende antal forventeligt skabe en øget efterspørgsel på sundhedsvæsenets ydelser over tid.

Langt størstedelen af patienter med multisygdom er over 65 år

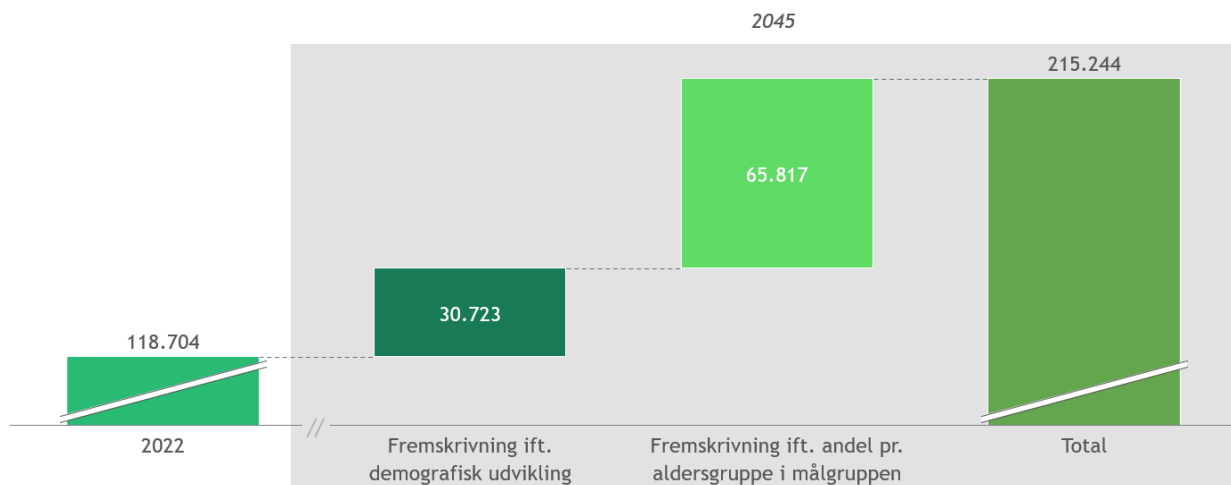
Ældre over 65 år fylder mest i den samlede gruppe af patienter med multisygdom - i 2022 var 72,4 pct. af gruppen over 65 år, svarende til næsten 86.000 personer. Fremskrivninger viser således, at der i 2045 vil være 32.000 flere patienter med multisygdom over 65 år, og knap halvdelen af disse ventes at være over 85 år.

I figur 52 ovenfor fremskrives udviklingen i antallet af patienter med multisygdom alene på baggrund af den demografiske udvikling.

Hvis vi tilføjer vækstraten i forhold til andelen af borgere pr. aldersgruppe, der har multisygdom, og antager, at denne fortsætter tilsvarende niveauet mellem 2015 og 2022, vil dette indebære en stigning i antallet på yderligere 66.000 i 2045 eller samlet over 215.000 personer, jf. figur 53.

Figur 53 | Antal patienter med multisygdom: Fremskrivning

Antal patienter med mere end én kronisk sygdom (multisygdom), 2022 og 2045F



Noter: "Fremskrivning ift. demografisk udvikling" jf. figur 52. "Fremskrivning ift. andel pr. aldersgruppe i målgruppen" baseres på vækstraten i andelen af borgere der har multisygdom pr. aldersgruppe fra 2015-2022. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR; Sygesikringsregisteret; CPR-registeret; Plejehjemsdata; RUKS); BCG analyse.

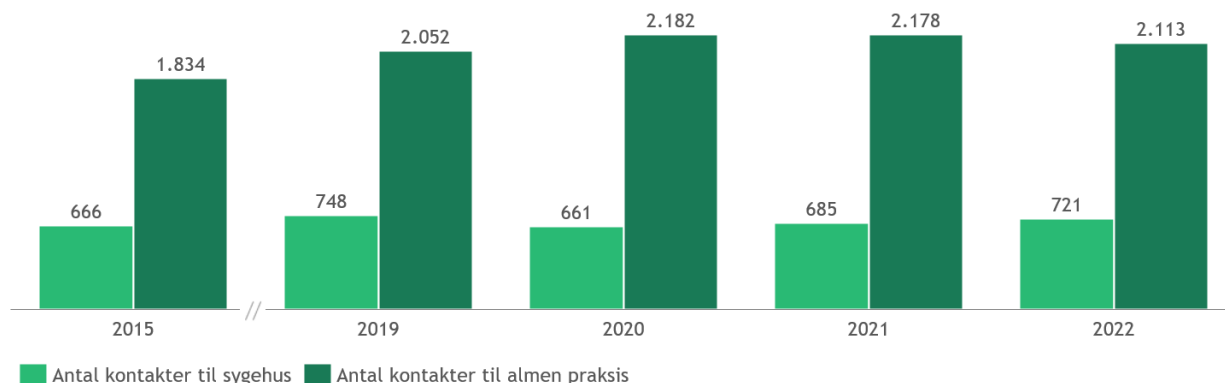
5.2.2 Udvikling i antal kontakter til sygehus og almen praksis blandt patienter med multisygdom

Antal kontakter til både sygehus og almen praksis er steget

Antallet af kontakter til sygehus og almen praksis blandt patienter med multisygdom har været lettere svingende over tid, dog med en samlet stigning siden 2015, jf. figur 54. I 2022 havde gruppen således knap 721.000 kontakter til sygehus, svarende til en stigning på 8,2 pct. siden 2015, jf. figur 54. Tilsvarende er antal kontakter til almen praksis steget blandt patienter med multisygdom, fra 1,83 mio. kontakter i 2015 til 2,11 mio. i 2022, svarende til en stigning på 15,2 pct.

Figur 54 | Udvikling i antal kontakter til sundhedsvæsenet blandt patienter med multisygdom

Antal kontakter til hhv. sygehus og almen praksis blandt patienter med mere end én kronisk sygdom (multisygdom) (1.000), 2015-2022



Noter: Alle offentligt-finansieret sygehuskontakter indgår. Almen praksis afgrænset til dagstid. Antal kontakter pba. afregnede ydelser i Sygesikringsregisteret - kun ydelser, som vurderes at udgøre en særskilt kontakt. Afgrænset til kontakter, hvor pt. har dansk bopælsregion. Årstal - sygehus: sygehuskontaktens afslutning; almen praksis: behandlingsår. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR; Sygesikringsregisteret; CPR-registeret; Plejehjemsdata; RUKS); BCG analyse.

Antal kontakter til sygehuse blandt patienter med multisygdom faldt under pandemien i 2020, hvorefter antallet igen har været stigende. Imidlertid er kontakter til almen praksis steget med 7,4 pct. fra 2019 til 2020, hvorefter niveauet er faldet - niveauet ligger dog fortsat over præ-COVID-niveauet.

I 2022 stod patienter med multisygdom for næsten 5,7 mia. kr. i udgifter til det somatiske sygehusområde, svarende til 8 pct. af befolkningens samlede udgifter til området, jf. figur 32.²⁹ Ligeledes havde gruppen udgifter på godt 627 mio. kr. til praksissektoren, eller 4 pct. af de samlede udgifter på området. Ligesom for den brede kronikergruppe underbygger dette, at der kan være et særligt potentiale ved omstilling af målgruppens kontakt.

Andelen af forebyggelige kontakter er stigende

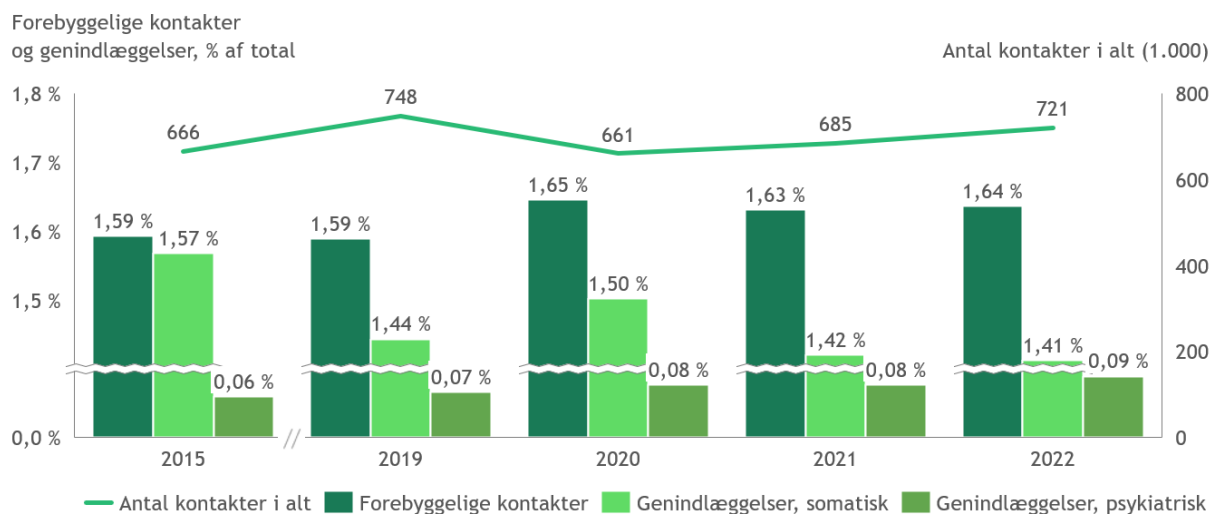
Som nævnt ovenfor, har antallet af kontakter til sygehus blandt patienter med multisygdom været lettere stigende. I samme periode ses også en stigning i andelen af forebyggelige kontakter blandt alle sygehuskontakter - i 2015 var 1,59 pct. af alle sygehuskontakter (dvs. både indlæggelser og ambulante kontakter) forebyggelige, hvor andelen i 2022 var 1,64 pct, jf. figur 55. Forebyggelige kontakter er forårsaget af en række specifikke sygdomme og tilstande, som vurderes i et vist omfang at kunne forebygges, fx dehydrering eller blærebetændelse. Således har der i perioden været en mindre stigning i kontakter blandt patienter med multisygdom, der kunne være blevet

²⁹ Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (LPR taktsystem 2023 pr. 10 marts 2023; Sygesikringsregisteret; CPR-registeret; RUKS); BCG analyse.

forebygget. Forebyggelige kontakter udgør dog fortsat en mindre andel af alle kontakter til sygehus.

Figur 55 | Kontakter til sygehus blandt patienter med multisygdom

Antal kontakter til sygehus (1.000) blandt patienter med multisygdom, heraf andel forebyggelige kontakter og genindlæggelser (andel af alle sygehuskontakter), 2015-2022



Noter: Afgrænset til borgere i live og bosat i DK pr. 1 januar i opgørelsesåret. Alle offentligt-finansierede sygehuskontakter er med. År angiver året for sygehuskontaktens afslutning. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR; Sygesikringsregisteret; CPR-registeret; Plejehjemsdata; RUKS); BCG analyse.

Genindlæggelser er defineret som indlæggelser, der starter akut og finder sted mindre end 30 dage fra en primærindlæggelse.³⁰ Andelen af somatiske genindlæggelser har været svingende over tid, men ligger i 2022 på et lavere niveau end i 2015. Imidlertid er antallet af psykiatriske genindlæggelser steget fra 395 genindlæggelser i 2015 til 642 i 2022, svarende til en større stigning på 62,5 pct. Psykiatriske genindlæggelser udgør dog fortsat kun 0,09 pct. af alle sygehuskontakter blandt patienter med multisygdom, jf. figur 55.

5.2.3 Udvikling i antal patienter med multisygdom med kontakt til flere dele af sundhedsvæsenet

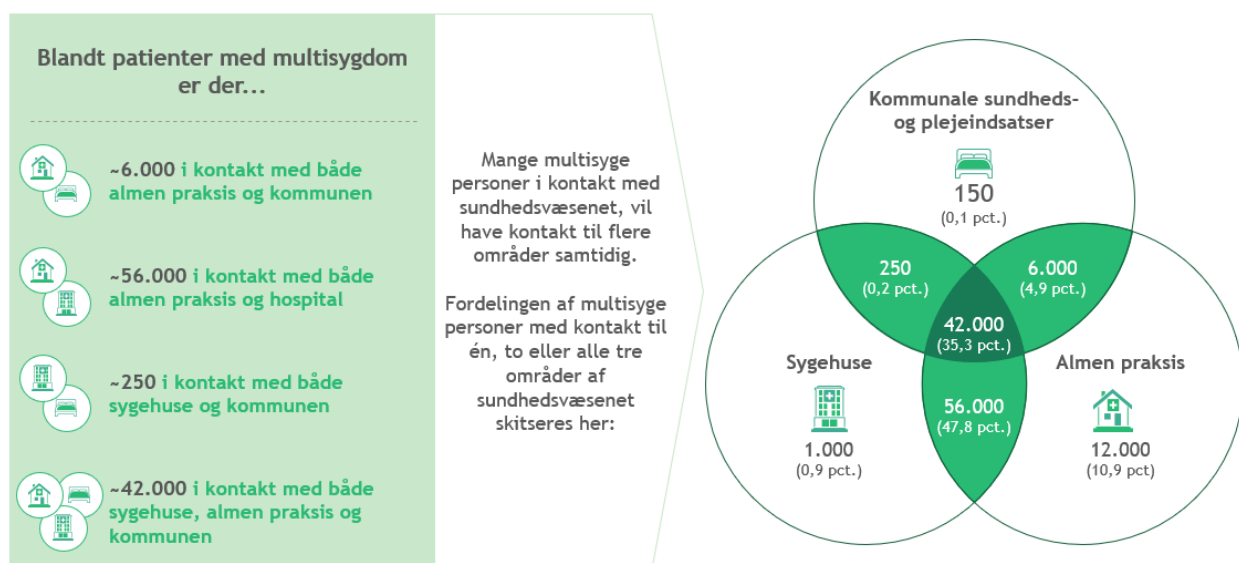
Størstedelen af patienter med multisygdom trækker på flere dele af sundhedsvæsenet

Blandt patienter med multisygdom med kontakt til sundhedsvæsenet, er der mange, som har kontakt til flere dele af sundhedsvæsenet samtidig, fx både almen praksis og

³⁰ Somatiske genindlæggelser: 30-dages akut somatisk genindlæggelse - starter akut (der starter mindst et akut fysisk fremmøde samme dag som indlæggelsen starter) og finder sted i en defineret tidsperiode efter udskrivning fra en primærindlæggelse. Alle kontakter er somatiske, dvs. aktionsdiagnoserne er ikke DF-diagnoser og hovedspecialerne på de ansvarlige afd. er ikke børne- og ungepsykiatri eller psykiatri. Psykiatriske genindlæggelser: 30-dages akut psykiatrisk genindlæggelse - starter akut (der starter mindst et akut fysisk fremmøde samme dag som indlæggelsen starter) og finder sted i en defineret tidsperiode efter udskrivning fra en primærindlæggelse. Alle kontakter er psykiatriske, dvs. aktionsdiagnoserne er DF-diagnoser, eller hovedspecialerne på de ansvarlige afd. er børne- og ungepsykiatri eller psykiatri.

sygehus, jf. figur 56 nedenfor. Figurens cirkler angiver andelen af den samlede gruppe patienter med multisygdom i kontakt med det pågældende område i 2022, fx var kun 10,9 pct. udelukkende i kontakt med almen praksis. De grønne ellipser angiver antallet af personer, der havde kontakt til flere dele af sundhedsvæsenet samtidig, fx havde hele 83 pct. kontakt til sygehuse og en eller flere andre områder af sundhedsvæsenet (47,8 pct. i kontakt med almen praksis og sygehus; 0,2 pct. i kontakt med sygehus og kommunale sundheds- og plejeindsatser samt 35,3 pct. i kontakt med alle tre områder af sundhedsvæsenet), jf. figur 56.

Figur 56 | Antal patienter med multisygdom i kontakt med sundhedsvæsenet Antal patienter med multisygdom i kontakt med flere dele af sundhedsvæsenet i året samt andel i kontakt med hhv. sygehus, almen praksis og kommunale sundheds- og plejeindsatser, 2022



Noter: Tal er afrundet. Pct.'er i cirklen angiver andelen af patienter med multisygdom i kontakt med det pågældende område. Den enkelte patient kan kun indgå i én kontaktgruppe. Afgrænset til sygehuskontakter med off. finansiering - ophold der udeluk. foregår på private hospitaler, er ekskl. Almen praksis afgrænset til dagtid - kun ydelser, som vurderes som særskilt kontakt. Kommunale indsats.: hjemmehjælp, hjemmesygepleje, genopt., vedligehold. træning eller rehab., plejehjem. Kun godkendte kommuner med tilstrækkeligt datagrundlag. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR; Sygesikringsregisteret; EOJ; Plejehjemsdata, CPR-registeret; RUKS); BCG analyse.

Som angivet i figur 56, var næsten alle patienter med multisygdom, 99 pct., i kontakt med almen praksis i 2022, og heraf havde 98.000 (56.000 i kontakt med almen praksis og sygehus og 42.000 i kontakt med alle tre områder af sundhedsvæsenet) personer kontakt til både almen praksis og sygehus, mens godt 48.000 (6.000 i kontakt med almen praksis og kommunale sundheds- og plejeindsatser samt 42.000 i kontakt med alle tre områder af sundhedsvæsenet) havde kontakt til både almen praksis og de kommunale sundheds- og plejeindsatser. Derimod var kun 250 patienter med multisygdom i kontakt med sygehus og kommunale sundheds- og plejeindsatser uden at være i kontakt med almen praksis, hvilket ikke er overraskende, da almen praksis i dag typisk fungerer som det første kontaktpunkt i sundhedsvæsenet.

Blandt patienter med multisygdom er en forholdsvis stor andel i kontakt med alle tre dele af sundhedsvæsenet samtidig. Knap 42.000 personer, svarende til 35,3 pct. af målgruppen, havde kontakt til alle dele af sundhedsvæsenet i 2022, jf. figur 56. Dette tydeliggør vigtigheden af en tværsektoriel tilgang til målgruppen.

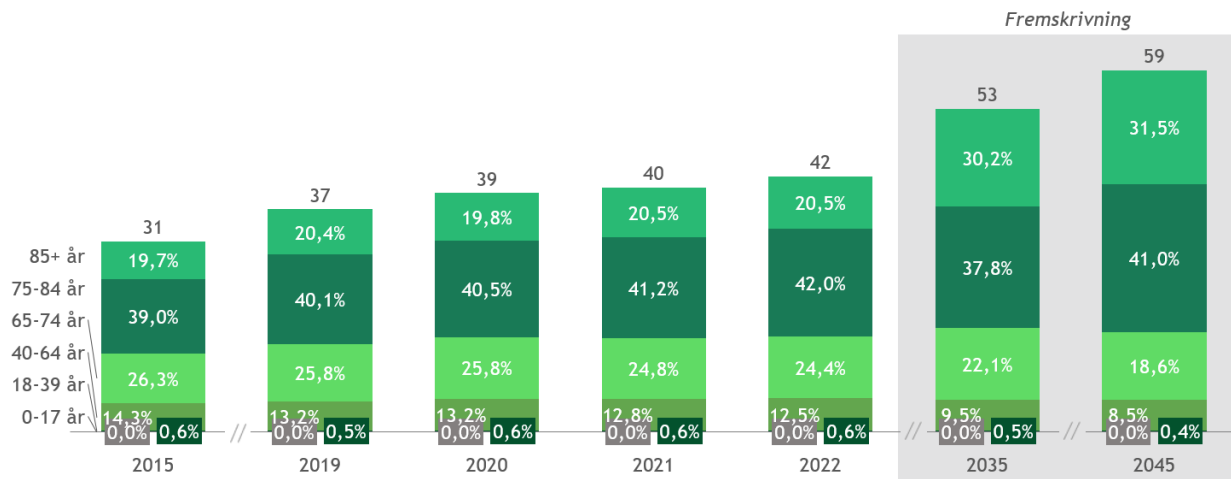
Antallet af patienter med multisygdom, der trækker på alle dele af sundhedsvæsenet, stiger

Antallet af patienter med multisygdom i kontakt med alle dele af sundhedsvæsenet har været stigende over tid, fra godt 31.000 i 2015 til 42.000 i 2022, svarende til en stigning på 34,2 pct. jf. figur 57 nedenfor. Således var 35 pct. af den samlede gruppe med multisygdom i kontakt med både sygehus, almen praksis og kommunale sundheds- og plejeindsatser i 2022.

Hvis udviklingen i denne gruppe fremskrives med den demografiske udvikling, forventes der i 2045 at være godt 59.000 patienter i kontakt med alle dele af sundhedsvæsenet, svarende til en stigning på 41 pct. siden 2022.

Figur 57 | Udvikling i antal patienter med multisygdom i kontakt med både sygehuse, almen praksis og kommunale sundheds- og plejeindsatser

Antal patienter med multisygdom med kontakt til både sygehuse, almen praksis og kommunale sundheds- og plejeindsatser (1.000 og andel af total pr. aldersgruppe), 2015-2045F



Noter: Personer i live og bosat i DK pr. 1 januar i opgørelsesåret. Alle off.-finansieret sygehuskontakter indgår. Almen praksis afgrænset til dagstid. Aldersgruppe pr. 1. januar i afregningsåret. Kommunale indsats.: plejehjem, hjemmehjælp, hjemmesygepleje, genoptræning, vedl. træning eller rehabilitering. Kun godkendte kommuner pba. datagrundlag er inkl. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR; Sygesikringsregisteret; CPR-registeret, Plejehjemsdata; RUKS); BCG analyse.

Dobbelt så mange ældre med multisygdom vil trække på alle dele af sundhedsvæsenet i fremtiden

Blandt personer med kontakt til alle dele af sundhedsvæsenet samtidig, udgør ældre over 65 år godt 87 pct. af den samlede gruppe i 2022, jf. figur 57. Antallet af ældre

med multisygdom, der har kontakt til alle dele af sundhedsvæsenet, forventes fortsat at stige. I 2045 viser fremskrivninger, at der vil være næsten 54.000 ældre med multisygdom, der har kontakt til både sygehus, almen praksis og kommunale sundheds- og plejeindsatser samtidigt, svarende til en stigning på 48 pct. siden 2022.

Blandt patienter med multisygdom forventes særligt en stigning i antallet af de ældste ældre over 85 år, der har kontakt til alle dele af sundhedsvæsenet samtidig. I 2045 ventes antallet således at være over dobbelt så højt som i 2022, fra hhv. 9.000 til 19.000 patienter, hvilket er drevet af det stigende antal ældre over 85 år i samfundet.

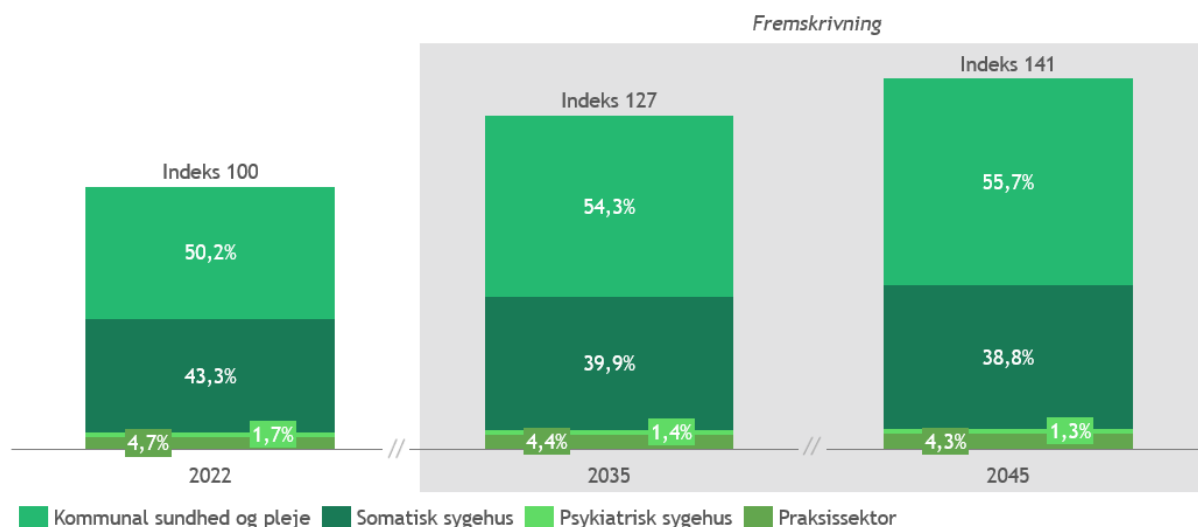
5.2.4 Udvikling i ressourcetræk blandt patienter med multisygdom

Størst træk på kommunale sundheds- og plejeindsatser

Blandt patienter med multisygdom udgør kommunale sundheds- og plejeindsatser og det somatiske sygehusområde størstedelen (94 pct.) af det samlede ressourcetræk i 2022, jf. figur 58 nedenfor.

Figur 58 | Udvikling i ressourcetræk blandt patienter med multisygdom

Indekstal for udvikling i ressourcetræk blandt patienter med multisygdom på tværs af sundhedsvæsenets områder og andel af ressourcetræk pr. område, 2022, 2035F og 2045F



Noter: Afgrænset til borgere med bopæl i danske regioner, behandlet på off. sygehuse eller andre inst. betalt af bopælsregion og m. gyldigt CPR-nr. Komm. indeholder kun godkendte kommuner, derfor underestimeret. Alle modtagere af en kommunal ydelse tildeles det samme ressourcetræk og ikke hvor meget af ydelsen de får tildelt. Inkl. hjemmehj., hjemmesygepleje, genopt. og vedligehold. træning, rehab., forebyg. hjemmebesøg og plejehjemsbeb. Somatisk: DRG-takster, Psykiatrisk: Stationær aktivitet pba. sengedagstakst og ambulans aktivitet pba. besøgstakst - skaleret ud fra foreløbig justeringsfaktor. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR; Sygesikringsregisteret; CPR-registeret; EOJ; RUKS); BCG analyse

Fremskrivninger viser, at ressourcetrækket blandt patientgruppen i 2045 vil stige til indeks 141 sammenlignet med 2022. Stigningen forventes at forekomme på tværs af

alle områder i sundhedsvæsenet, men der vil ske en ændring i det relative ressource-træk mellem områderne. Samlet set vil en større andel af ressourcerne gå til kommunale sundheds- og plejeindsatser - en stigning fra 50,2 pct. i 2022 til næsten 56 pct. i 2045, jf. figur 58.

5.2.5 Opsamling: Patienter med multisygdom

Antallet af patienter med multisygdom har været lettere stigende over tid. Dermed ses der et stigende antal patienter, der har flere kroniske sygdomme samtidig. Blandt patienter med multisygdom er antallet af kontakter til hhv. sygehus og almen praksis steget.

Derudover er der et stigende antal patienter med multisygdom, der har kontakt til alle områder af sundhedsvæsenet samtidig, altså sygehus, almen praksis og kommunale sundheds- og plejeindsatser. I 2022 var 35 pct. af målgruppen i kontakt med alle tre områder, og dermed trækker en større del af gruppen på hele sundhedsvæsenet sammenlignet med tidligere (33 pct. i 2015).

Såfremt nuværende praksis fastholdes, forventes antallet af patienter med multisygdom, der trækker på både sygehus, almen praksis og kommunale sundheds- og plejeindsatser, at være steget med 41 pct. i 2045, svarende til en stigning fra 42.000 til 59.000 personer. Patienter med multisygdom forventes ligeledes at have et betydeligt større ressource-træk i 2045 (indeks 141 sammenlignet med 2022), hvilket tydeliggør potentialet ift. omstilling sundhedsvæsenets opgaver på området.

5.3 Ældre medicinske patienter

Nedenfor beskrives udviklingen i antallet af ældre medicinske patienter i Danmark. Hermed menes borgere, som i opgørelsesåret har haft mindst én kontakt på en medicinsk hospitalsafdeling under en indlæggelse, og som på indlæggelsestidspunktet er over 65 år. Borgere, der under en indlæggelse har haft kontakt på en onkologisk afdeling eller har haft aktionsdiagnosen kræft, ekskluderes. Herudover beskrives målgruppens kontakt til sygehuse³¹, almen praksis og kommunale sundheds- og plejeindsatser. Slutteligt analyseres det samlede ressource-træk på sygehuse, praksissektoren og i kommunale sundheds- og plejeindsatser blandt målgruppen med henblik på at belyse tyngden i målgruppens kontakt til sundhedsvæsenet.

5.3.1 Udviklingen i antal ældre medicinske patienter

10 pct. af ældre over 65 år er ældre medicinske patienter

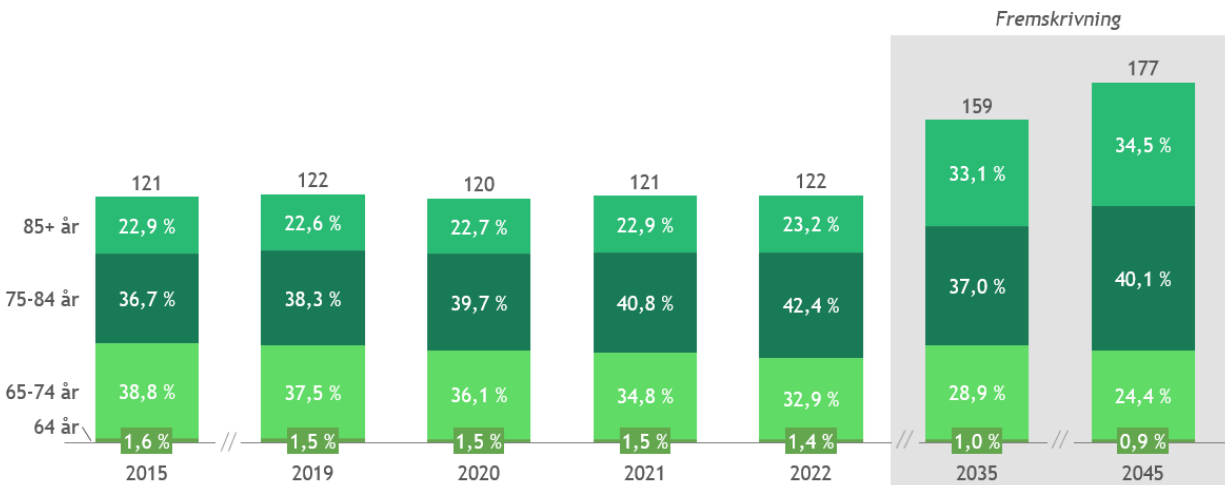
I 2022 var der knap 122.000 ældre medicinske patienter i Danmark, jf. figur 59. I

³¹ Dækker over både indlæggelser og ambulante kontakter. Kontakter til sygehus repræsenterer "sygehusophold", dvs. en kobling af fysiske fremmøder på danske hospitaler, såfremt de er tidsmæssigt overlappende eller optræder med ≤ 4 timers afstand mellem indskrivningstidspunkt og udskrivningstidspunkt.

figuren nedenfor ses også en mindre andel af patientgruppen mellem 40-64 år. Dette skyldes, at opgørelsen er baseret på alder pr. 1 januar i opgørelsesåret - nogle patienter er således 64 år pr. 1. januar, men når at fylde 65 år, inden de bliver indlagt på en medicinsk afdeling.

Figur 59 | Udvikling i antal ældre medicinske patienter

Antal ældre medicinske patienter (1.000 personer og andel af total pr. aldersgruppe), 2015-2045F



Noter: Afgrænset til borgere i live og bosat i DK pr. 1 jan. i opgørelsesåret. Alder er pr. 1 januar i året. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR; Sygesikringsregisteret; CPR-registeret; Plejehjemsdata; RUKS); BCG analyse.

Af den samlede befolkning over 65 år er der dermed 10 pct., der i 2022 kunne karakteriseres som en ældre medicinsk patient. Denne andel har været lettere faldende over tid, fra 11,3 pct. i 2015. Ikke desto mindre indgår godt én ud af ti borgere over 65 år i gruppen af ældre medicinske patienter i alle årene mellem 2015 og 2022.

Blandt patientgruppen er det de ældste ældre, der fylder mest, jf. figur 59. I 2022 var godt 65 pct. af de ældre medicinske patienter over 75 år og andelen har været stigende. Omvendt er andelen af ældre medicinske patienter under 75 år faldet fra 40 pct. til 34 pct. mellem 2015 og 2022.

Med afsæt i den demografiske udvikling og herunder det stigende antal ældre, forventes antallet af ældre medicinske patienter at stige til godt 177.000 i 2045, eller en stigning på 46 pct. fra 2022. Fremskrivninger viser, at tre fjerdedele af patientgruppen i 2045 vil være patienter over 75 år, jf. figur 59.

Der er således en forventning om et stigende antal ældre medicinske patienter på trods af, at andelen af patienter blandt befolkningen er faldet en smule over tid (fra 11,3 pct. i 2015 til 10,0 pct. i 2022). Den forventede vækst skyldes tre tendenser - 1) at antallet af ældre medicinske patienter samlet set har været stigende, 2) at der i 2045 ventes at være 31 pct. flere ældre over 65 år end i 2022, jf. figur 1, og 3) at

antallet af ældre patienter i kontakt med sygehus og det tilhørende antal kontakter forventes at vokse, jf. figur 3. Det kan det dermed formodes, at der vil være flere ældre borgere med kontakt til medicinske hospitalsafdelinger under deres indlæggelser.

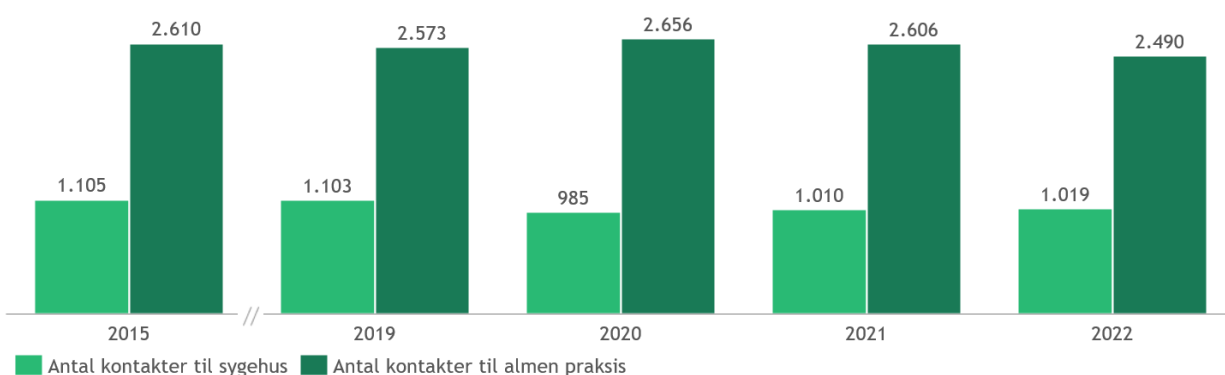
5.3.2 Udvikling i antal kontakter til sygehus og almen praksis blandt ældre medicinske patienter

Lettere fald i antallet af kontakter blandt ældre medicinske patienter

Antallet af kontakter til sygehus og almen praksis blandt ældre medicinske patienter har været lettere faldende over tid, og ligger således i 2022 på et lidt lavere niveau end i 2015, jf. figur 60 nedenfor.

Figur 60 | Udvikling i antal kontakter til sundhedsvæsenet blandt ældre medicinske patienter

Antal kontakter til hhv. sygehuse og almen praksis blandt ældre medicinske patienter (1.000), 2015-2022



Noter: Alle off.-finansieret sygehuskontakter indgår. Almen praksis afgrænset til dagstid. Antal kontakter pba. afregnede ydelser i Sygesikringsregisteret - kun ydelser, som vurderes at udgøre en særskilt kontakt. Afgrænset til kontakter, hvor pt. har dansk bopælsregion. Årstal - sygehus: året for sygehuskontaktens afslutning; almen praksis: behandlingsår. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (LPR; Sygesikringsregisteret; CPR-registeret; Plejehjemsdata; RUKS); BCG analyse.

I 2022 havde ældre medicinske patienter således 1,02 mio. kontakter til sygehus, hvilket er et mindre fald fra 1,10 mio. i 2015. Dog er niveauet steget siden 2020, og det lavere antal kontakter kan dermed skyldes COVIDs effekt på sygehusaktiviteten.

Imidlertid ses der et større fald i antal kontakter til almen praksis, jf. figur 60. I 2022 var der 2,49 mio. kontakter til almen praksis, hvilket er et fald på 4,6 pct. sammenlignet med niveauet i 2015.

Samlet set er ændringerne over tid i kontakter til sygehus og almen praksis relative små, og skyldes sandsynligvis, at antallet af ældre medicinske patienter har været relativt stabil i perioden. Trods den mindre udvikling i antallet af kontakter, stod denne patientgruppe i 2022 for næsten 14,3 mia. kr. i udgifter til det somatiske

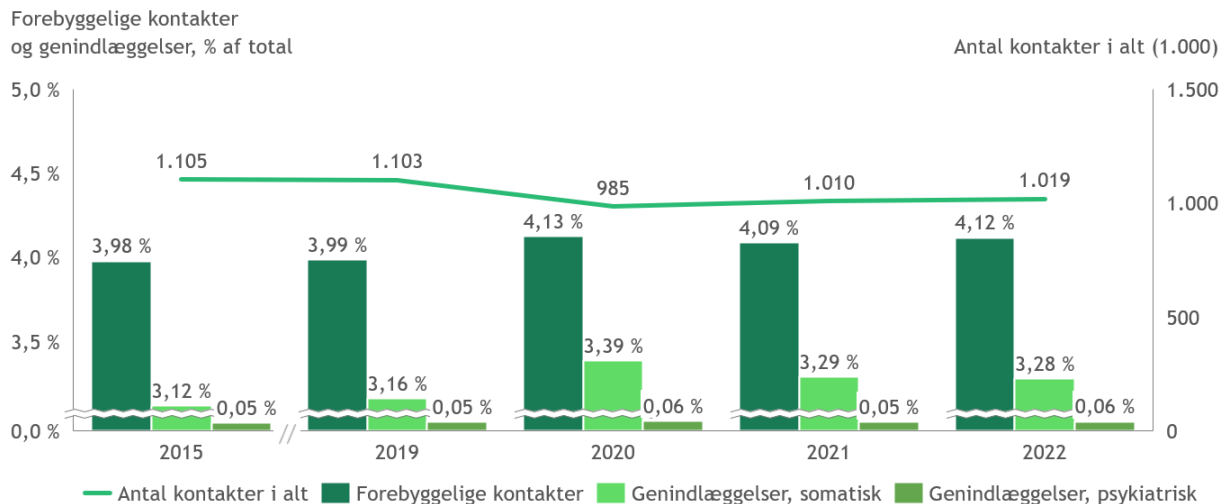
sygehusområde, svarende til 19 pct. af hele befolkningens udgifter til somatisk sygehus, jf. figur 32.

Andelen af forebyggelige kontakter er stigende

De ældre medicinske patienter har generelt flere forebyggelige kontakter end patienter med kronisk sygdom eller multisygdom, jf. figur 61. I 2022 udgjorde 4,12 pct. af alle kontakter til sygehus (dvs. både indlæggelser og ambulante kontakter) blandt ældre medicinske patienter forebyggelige kontakter, hvilket er en mindre stigning fra 3,98 pct. i 2015. Det er dog fortsat en mindre andel af alle kontakter.

Figur 61 | Kontakter til sygehus blandt ældre medicinske patienter

Antal kontakter til sygehus (1.000), heraf andel forebyggelige kontakter og genindlæggelser blandt ældre medicinske patienter (andel af alle sygehuskontakter), 2015-2022



Noter: Afgrænset til borgere i live og bosat i DK pr. 1 januar i opgørelsesåret. Alle off.-finansierede sygehuskontakter er med. År angiver året for sygehuskontaktens afslutning. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR; Sygesikringsregisteret; CPR-registeret; Plejehjemsdata; RUKS); BCG analyse.

Genindlæggelser er defineret som indlæggelser, der starter akut og finder sted inden 30 dage fra en primærindlæggelse.³² Blandt ældre medicinske patienter er andelen af somatiske genindlæggelser steget, hvor andelen af psykiatriske genindlæggelser har været stabil mellem 2015 og 2022, jf. figur 61. Andelen af somatiske genindlæggelser var højst i 2020, under COVID, men udgør i 2022 fortsat 3,28 pct. af alle kontakter til sygehus, svarende til 42.000 kontakter.

³² Somatiske genindlæggelser: 30-dages akut somatisk genindlæggelse - starter akut (der starter mindst et akut fysisk fremmøde samme dag som indlæggelsen starter) og finder sted i en defineret tidsperiode efter udskrivning fra en primærindlæggelse. Alle kontakter er somatiske, dvs. aktionsdiagnoserne er ikke DF-diagnoser og hovedspecialerne på de ansvarlige afd. er ikke børne- og ungepsykiatri eller psykiatri. Psykiatriske genindlæggelser: 30-dages akut psykiatrisk genindlæggelse - starter akut (der starter mindst et akut fysisk fremmøde samme dag som indlæggelsen starter) og finder sted i en defineret tidsperiode efter udskrivning fra en primærindlæggelse. Alle kontakter er psykiatriske, dvs. aktionsdiagnoserne er DF-diagnoser, eller hovedspecialerne på de ansvarlige afd. er børne- og ungepsykiatri eller psykiatri.

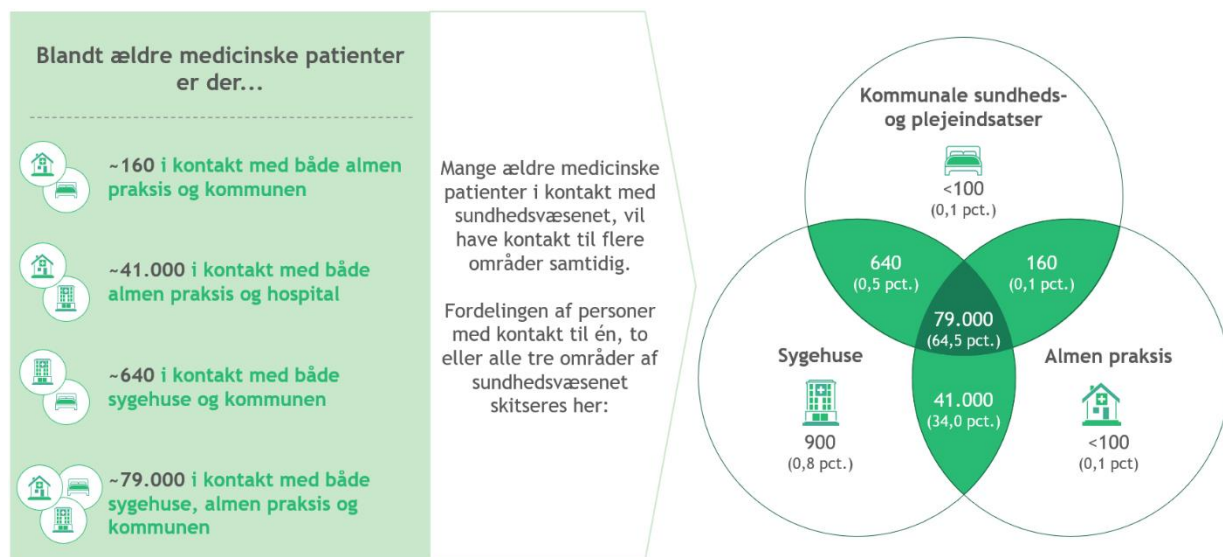
5.3.3 Udvikling i antal ældre medicinske patienter med kontakt til flere dele af sundhedsvæsenet

Størstedelen af de ældre medicinske patienter trækker på flere dele af sundhedsvæsenet

Blandt ældre medicinske patienter har mange kontakt til flere dele af sundhedsvæsenet samtidig, fx både almen praksis og sygehus, jf. figur 62 nedenfor. Figurens cirkler angiver andelen af den samlede gruppe i kontakt med det pågældende område i 2022, fx var færre end 100 ældre medicinske patienter udelukkende i kontakt med almen praksis. De grønne ellipser angiver antallet af personer, der havde kontakt til flere dele af sundhedsvæsenet samtidig, fx var 97,5 pct. af ældre medicinske patienter i kontakt med almen praksis og sygehuse. jf. figur 62. Herunder var 34,0 pct. i kontakt med almen praksis og sygehus, mens 64,5 pct. var i kontakt med alle tre områder af sundhedsvæsenet.

Figur 62 | Antal ældre medicinske patienter i kontakt med sundhedsvæsenet

Antal ældre medicinske patienter i kontakt med flere dele af sundhedsvæsenet i året samt andel i kontakt med hhv. sygehuse, almen praksis og kommunale sundheds- og plejeindsatser, 2022



Noter: Tal er afrundet. Pct.'er i cirklen angiver andelen af ældre medicinske patienter i kontakt med det pågældende område. Den enkelte patient kan kun indgå i én kontaktgruppe. Afgrænset til sygehuskontakter med offentlig finansiering - ophold der udelukk. foregår på private hospitaler, er ekskl. Almen praksis afgrænset til dagstid - kun ydelser, som vurderes som en særskilt kontakt. Kommunale indsats.: hjemmehjælp, hjemmesygepleje, genopt., vedligehold. træning eller rehab., plejehjem. Kun godkendte kommuner med tilstrækkeligt datagrundlag. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR; Sygesikringsregisteret; EOJ; Plejehjemsdata; CPR-registeret); BCG analyse.

Som angivet i figur 62, var næsten alle ældre medicinske patienter, 99 pct., i kontakt med almen praksis i 2022, og heraf havde 120.000 (41.000 i kontakt med almen praksis og sygehus og 79.000 i kontakt med alle tre områder af sundhedsvæsenet) patienter kontakt til både almen praksis og sygehus, mens ~79.000 (160 i kontakt med almen praksis og kommunale sundheds- og plejeindsatser og 79.000 i kontakt med alle tre

områder af sundhedsvæsenet) havde kontakt til både almen praksis og de kommunale sundheds- og plejeindsatser. Derimod var kun 640 ældre medicinske patienter i kontakt med sygehus og kommunale sundheds- og plejeindsatser uden at være i kontakt med almen praksis, svarende til 0,5 pct. af patientgruppen. Dette er ikke overraskende, da almen praksis i dag typisk fungerer som det første kontaktpunkt i sundhedsvæsenet.³³

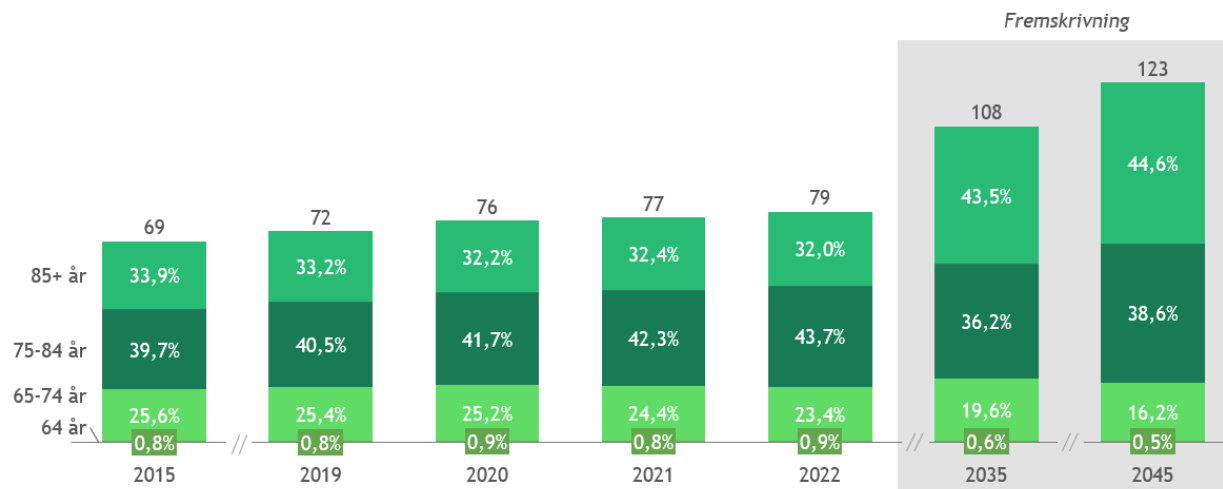
Blandt ældre medicinske patienter er en forholdsvis stor andel i kontakt med alle tre dele af sundhedsvæsenet samtidig. Knap 79.000 patienter, svarende til 64,5 pct. af målgruppen, havde kontakt til alle dele af sundhedsvæsenet i 2022, jf. figur 62. Dette tydeliggør vigtigheden af en tværsektoriel tilgang til målgruppen.

Flere ældre medicinske patienter trækker på alle dele af sundhedsvæsenet

Antallet af ældre medicinske patienter i kontakt med alle dele af sundhedsvæsenet har været stigende over tid, fra 69.000 i 2015 til knap 79.000 i 2022, eller en stigning på 14,5 pct., jf. figur 63 nedenfor.

Figur 63 | Udvikling i antal ældre medicinske patienter i kontakt med både sygehuse, almen praksis og kommunale sundheds- og plejeindsatser

Antal ældre medicinske patienter med kontakt til både sygehuse, almen praksis og kommunale sundheds- og plejeindsatser (1.000 og andel af total pr. aldersgruppe), 2015-2045F



Noter: Personer i live og bosat i DK pr. 1 januar i opgørelsesåret. Alle offentligt-finansieret sygehuskontakter indgår. Almen praksis afgrænset til dagstid. Aldersgruppe er pr. 1. januar i afregningsåret. Kommunale indsats.: plejehjem, hjemmehjælp, hjemmesygepleje, genoptræning, vedl. træning eller rehabilitering. Kun godkendte kommuner pba. datagrundlag er inkl. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR, Sygesikringsregisteret; CPR-registeret, Plejehjemsdata; RUKS); BCG analyse.

Således var 65 pct. af den samlede gruppe ældre medicinske patienter i kontakt med både sygehus, almen praksis og kommunale sundheds- og plejeindsatser i 2022, hvilket er væsentligt højere end i 2015, hvor 57 pct. af gruppen var i kontakt med alle tre

³³ Den mindre andel af ældre medicinske patienter, der i opgørelsen ikke er i kontakt med sygehus, afspejler patienter, der har haft en kontakt som ikke er offentligt finansieret og alene er foregået på et privathospital.

områder. I figuren ovenfor ses også en mindre andel af patientgruppen på 64 år. Dette skyldes, at opgørelsen er baseret på alder pr. 1 januar i opgørelsesåret - nogle patienter er således 64 år pr. 1. januar, men når at fylde 65 år, inden de bliver indlagt på en medicinsk afdeling.

Hvis udviklingen i denne gruppe fremskrives med den demografiske udvikling, forventes der i 2045 at være 123.000 ældre medicinske patienter i kontakt med alle dele af sundhedsvæsenet, svarende til næsten 70 pct. af den samlede patientgruppen, jf. figur 63. Det ventes særligt at være de ældste ældre over 85 år, der driver denne udvikling.

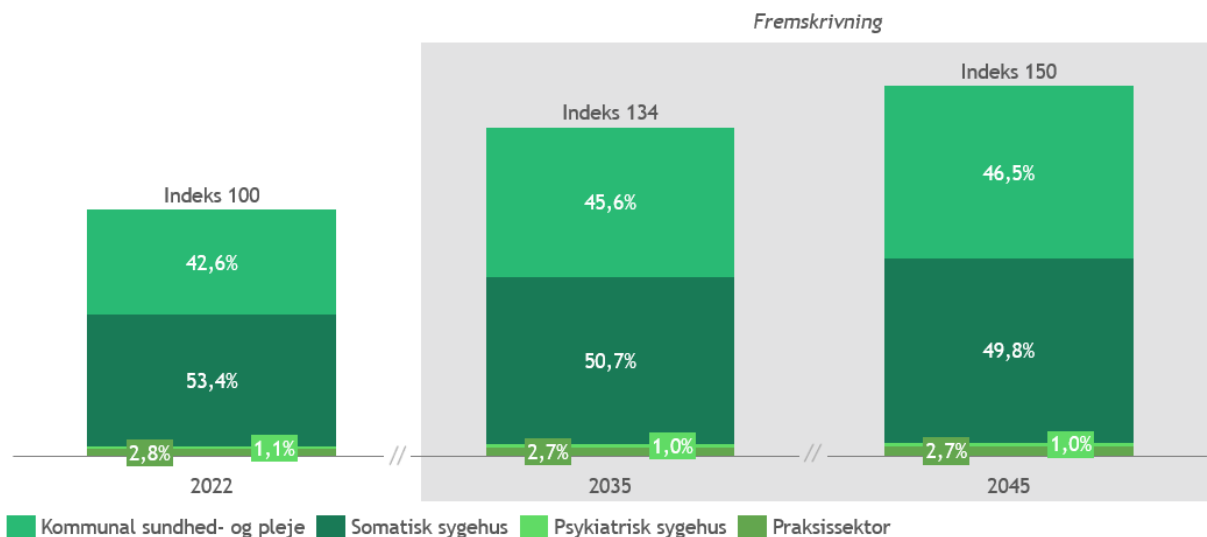
5.3.4 Udvikling i ressourcestræk blandt ældre medicinske patienter

Stigende ressourcestræk til kommunal sundhed og pleje blandt patientgruppen

Blandt ældre medicinske patienter udgør det somatiske sygehusområde over halvdelen af det samlede ressourcestræk i 2022, jf. figur 64 nedenfor. Dernæst følger et større træk (42,6 pct.) på kommunale sundheds- og plejeindsatser. Relativt til ressourcestrækket på de øvrige sundhedsområder udgør trækket på det psykiatriske sygehusområde og praksissektor kun mindre andele, jf. figur 64.

Figur 64 | Udvikling i ressourcestræk blandt ældre medicinske patienter

Indekstal for udvikling i ressourcestræk blandt ældre medicinske patienter på tværs af sundhedsvæsenets områder og andel af ressourcestræk pr. område, 2022, 2035F og 2045F



Noter: Afgrænset til borgere med bopæl i danske regioner, behandlet på off. sygehuse eller andre inst. betalt af bopælsregion og m. gyldigt CPR-nr. Komm. indeholder kun godkendte kommuner, derfor underestimeret. Alle modtagere af en kommunal ydelse tildeles det samme ressourcestræk og ikke hvor meget af ydelsen de får tildelt. Inkl. hjemmehj., hjemmesygepleje, genopt. og vedligehold. træning, rehab., forebyg. hjemmebesøg og plejehjemsbeb. Somatisk: DRG-takster, Psykiatrisk: Stationær aktivitet pba. sengedagstakst og ambulans aktivitet pba. besøgstakst - skaleret ud fra foreløbig justeringsfaktor. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR; Sygesikringsregisteret; CPR-registeret; EOJ; RUKS); BCG analyse

I 2045 viser fremskrivninger, at ressourcetrækket blandt ældre medicinske patienter vil stige til indeks 150 sammenlignet med 2022. Stigningen forventes at forekomme på tværs af alle områder i sundhedsvæsenet, men der vil ske en mindre ændring i det relative ressourcetræk mellem områderne. Over tid ventes ressourcetrækket på kommunale sundheds- og plejeindsatser således at udgør en stigende andel af det samlede ressourcetræk, jf. figur 64.

5.3.5 Opsamling: Ældre medicinske patienter

En ud af ti ældre over 65 år tilhører gruppen af ældre medicinske patienter, og andelen har været relativt stabil over tid. Blandt patientgruppen har antallet af kontakter til sygehus været en smule faldende, men dette kan skyldes effekten af COVID. Imidlertid ses der et større fald i antal kontakter til almen praksis blandt ældre medicinske patienter mellem 2015 og 2022.

Trods disse udsving står patientgruppen fortsat for et stort antal kontakter til begge områder, hhv. 1,02 mio. kontakter til sygehus og 2,49 mio. kontakter til almen praksis i 2022. Desuden er antallet af ældre stigende, jf. figur 1, hvilket forventeligt vil øge antallet af ældre medicinske patienter. En stigning i antal patienter vil have en stor effekt på det samlede ressourcetræk i sundhedsvæsenet, som ventes at stige med indeks 150 sammenlignet med 2022.

5.4 Borgere med psykiatriske diagnoser

Nedenfor analyseres udviklingen i antallet af henholdsvis børn, unge og voksne med psykiatriske diagnoser i Danmark og deres kontaktmønstre til sundhedsvæsenet. Det er relevant at se nærmere på denne gruppe i forhold til omstilling, da psykiatrien aktuelt oplever en stigende efterspørgsel og lange ventetider. Samtidig viser erfaringer fra både Danmark og udlandet, at der på dette område er stort potentiale for omstilling, fx ved bedre anvendelse af digitale løsninger.

Her inkluderes personer, der har haft minimum én kontakt til det psykiatriske og/eller somatiske sygehusområde med en psykiatrisk aktions- eller bidiagnose inden for de seneste 10 år forud for opgørelsesåret. Når vi anvender denne definition, er det for at få et mere retvisende billede af udviklingen, da flere af de psykiatriske diagnoser (fx autisme) ofte ikke vil indebære regelmæssig kontakt til sundhedsvæsenet.

Aktionsdiagnosen er den diagnose, der bedst beskriver den tilstand, som den givne kontakt drejer sig om, mens bidiagnosen angiver øvrige tilstande, som har været medvirkende årsag til sygehuskontakten. Personer med psykiske lidelser/symptomer, som ikke har haft kontakt til sygehusområdet, indgår således ikke i beskrivelsen, og antallet formodes derfor at være underestimeret.

Kapitlet vedrører psykiatriske diagnosegrupper baseret på WHO's diagnoseklassifikation ICD-10, jf. figur 65 nedenfor. For overblikkets skyld anvendes her forkortede angivelser af diagnosegrupperne ("Anvendt navn for diagnosegruppen", jf. figur 65).

Figur 65 | Diagnosegrupper

Anvendt navn for diagnosegruppen	ICD-10 kode	Diagnosegruppe	Eksempler på lidelser (ikke udtømmende)
Demens, delirium	F00-F09	Organiske (inklusive symptomatiske) psykiske lidelser	Alzheimers demens, Vaskulær demens, Delir, Andre psykiske lidelser forårsaget af hjernebeskadigelse
Misbrugslidelser	F10-F19	Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol/psykoaktive stoffer	Psykisk lidelse eller forstyrrelse forårsaget af brug af fx alkohol, narkotika eller medicin
Skizofreni, psykoser	F20-F29	Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, og psykoser	Skizofreni (fx paranoid), Skizotypisk sindslidelse, Psykoser (fx paranoide, forbigående, induceret)
Depression, bipolar lidelse	F30-F39	Affektive sindslidelser	Manisk enkeltepisode, Bipolar affektiv sindslidelse, Depressiv enkeltepisode, Tilbagevendende depression
Angst, stress, OCD	F40-F48	Nervøse og stress-relaterede tilstande samt tilstande med psykisk betingede legemlige symptomer	Fobisk angst (fx socialfobi), Panikangst, Generaliseret angst, OCD, Akutte stressreaktioner, PTSD
Spiseforstyrrelser	F50-F59	Adfærd ændringer forbundet med fysiske og fysiologiske faktorer	Spiseforstyrrelser (fx anoreksi), Søvnforstyrrelser, Misbrug af ikke-afhængighedsskabende stoffer
Borderline, paranoia, seksuelle afvigelser	F60-F69	Forstyrrelser af personlighedsstruktur	Personlighedsforstyrrelser, fx Paranoid pers. struktur, Borderline, Kleptomani, Pyromani, Seksuelle afvigelser
Mental retardering	F70-F79	Mental retardering (åndssvaghed)	Mental retardering af hhv. lettere og sværere grader
Autismespektrum	F80-F89	Psykiske udviklingsforstyrrelser	Specifikke udviklingsforstyrrelser af tale, sprog eller motorik, Infantil autisme, Aspergers syndrom
ADHD, ADD	F90-F98	Adfærds- og følelsesmæssig forstyrrelse opstået før voksenalderen	ADHD, ADD, Adfærdsforstyrrelser, Separationsangst, Tics
Ikke nærmere specificerede psykiske lidelser	F99	Ikke nærmere specificerede psykiske lidelser	Observation ved mistanke om psykisk lidelse ikke klassificeret andetsteds

Kilder: Justerede betegnelser pba.: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)-WHO Version for, 2016 - icd.who.int; BCG analyse.

Nedenfor beskrives indledningsvist udviklingen i antallet af børn og unge (0 til og med 17 år) samt voksne (18 år eller derover) med en psykiatrisk diagnose. Herefter præsenteres den samlede udvikling i antal (fysiske) kontakter til sygehus blandt borgere med psykiatriske diagnoser.³⁴

Herefter belyses aktivitet i praksissektoren, som dækker over kontakter til praktiserende psykiater, praktiserende psykolog og samtalerapi i almen praksis.³⁵ Det skal bemærkes, at der i opgørelserne kun indgår patienter, som har været i kontakt med

³⁴ Kontakter dækker over både indlæggelser og ambulante kontakter, og både psykiatriske og somatiske kontakter. En kontakt (eller "sygehusophold") er en kobling af fysiske fremmøder på danske hospitaler, såfremt de er tidsmæssigt overlappende eller optræder med ≤4 timers afstand mellem indskrivningstidspunkt og udskrivningstidspunkt. Opgørelsen viser sygehusaktiviteten for personer, der pr. 1 januar i opgørelsesåret har haft kontakt til det psykiatriske og/eller somatiske sygehusområde med aktions- eller bidiagnose inden for den pågældende diagnosegruppe en eller flere gange inden for de seneste 10 år forud for opgørelsesåret.

³⁵ Aktivitet i primærsektoren er baseret på oplysninger om afregnede ydelser fra Sygesikringsregisteret. Aktiviteten opgøres som antal kontakter. En kontakt defineres som en afregnet ydelse, der udgør en særskilt kontakt mellem borger og behandler.

sygehus i forbindelse med en psykiatrisk diagnose inden for de seneste 10 år forud for opgørelsesåret.

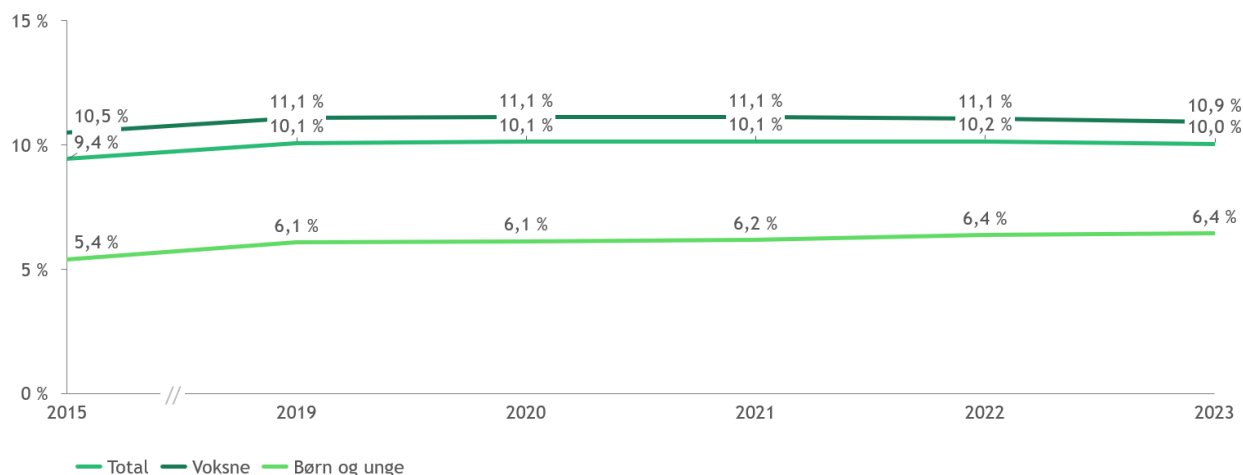
5.4.1 Udvikling i antallet af borgere med psykiatriske diagnoser

Stigende antal børn, unge og voksne med psykiatriske diagnoser

Aktuelt er der næsten 596.000 borgere med psykiatriske diagnoser³⁶, svarende til 10 pct. af befolkningen, jf. hhv. figur 66 og 67 nedenfor.

10 pct.
af befolkningen
har en psykiatrisk
diagnose (2023)

Figur 66 | Udvikling i andelen af børn og unge samt voksne med en psykiatrisk diagnose
Andel af børn og unge (0-17 år) samt voksne (18+ år) med mindst én psykiatrisk diagnose blandt hhv. befolkningen under 18 år og befolkningen over 18 år, 2015-2023



Noter: Afgrænset til personer med dansk bopæl. Antal personer og alder pr. 1 januar i opgørelsesåret. Personer kan indgå i opgørelsen flere gange, men max. én gang pr. år. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR; CPR-registeret); BCG analyse.

Antallet af borgere med psykiatriske diagnoser er steget over tid, fra godt 534.000 i 2015 (9,4 pct. af befolkningen) til de førnævnte 596.000 borgere i 2023, svarende til en stigning på 11,6 pct, jf. figur 67.

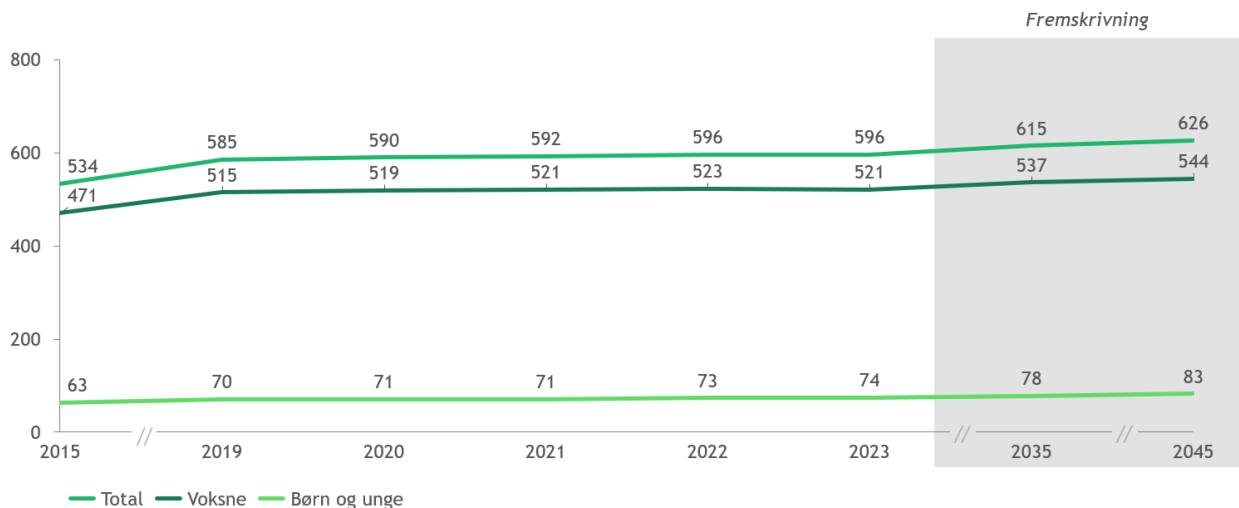
Aktuelt er der godt 74.000 børn og unge med en psykiatrisk diagnose, hvilket er 11.000 flere end i 2015, eller en stigning på 17,8 pct, og en årlig vækstrate på 2,1

³⁶ Opgørelsen omfatter det samlede antal unikke personer, der pr. 1 januar i opgørelsesåret har haft minimum én kontakt til det psykiatriske og/eller somatiske sygehusområde med DF00-DF99 som aktions- eller bidiagnose inden for de seneste 10 år forud for opgørelsesperioden.

pct., jf. figur 67. Samtidig er der aktuelt godt 521.000 voksne (+18 år) med en psykiatrisk diagnose eller 10,9 pct. af den voksne befolkning, hvilket er en stigning fra knap 471.000 i 2015, jf. figur 67.

Figur 67 | Udvikling i antal børn og unge samt voksne med en psykiatrisk diagnose

Antal unikke børn og unge (0-17 år) samt voksne (18+ år) med mindst én psykiatrisk diagnose (1.000), 2015-2045F



Noter: Tal er afrundet. Afgrænset til personer med dansk bopæl. Antal personer og alder pr. 1 januar i opgørelsesåret. Personer kan indgå i opgørelsen flere gange, men max. én gang pr. år. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR; CPR-registeret); BCG analyse.

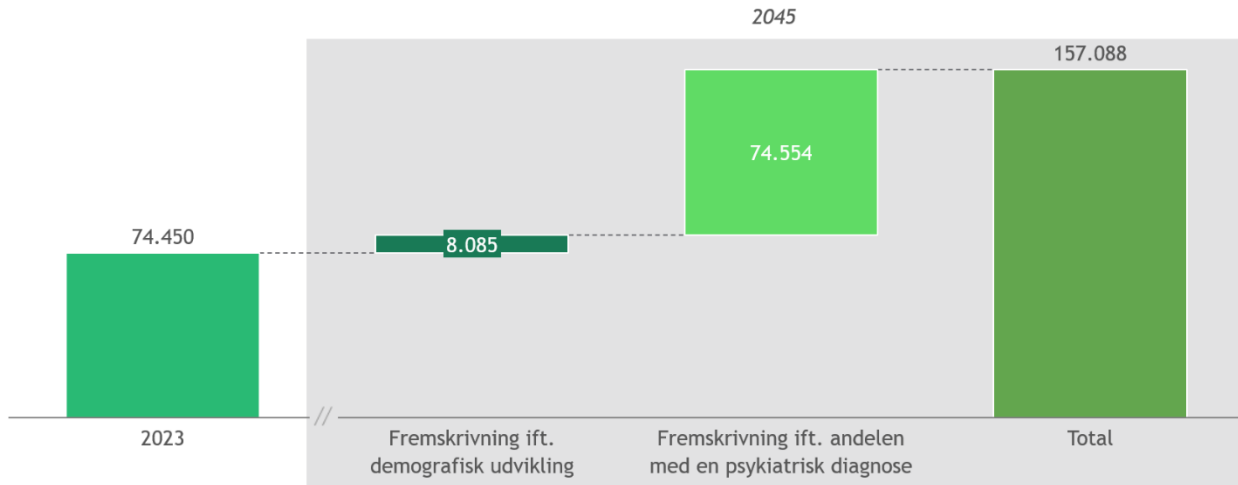
Hvis der udelukkende tages højde for den demografiske udvikling, viser fremskrivninger, at der i 2045 vil være knap 83.000 børn og unge med psykiatriske diagnoser eller 8.000 flere end i dag. Antallet af voksne med psykiatriske diagnoser forventes også at stige, og der ventes i 2045 at være knap 544.000 voksne med psykiatriske diagnoser, jf. figur 67.

I figur 67 ovenfor fremskrives udviklingen i antallet af børn, unge og voksne med psykiatriske diagnoser på baggrund af den demografiske udvikling.

Hvis vi tilføjer vækstraten i forhold til andelen af henholdsvis børn og unge (0-17 år) og voksne borgere (+18 år) med en psykiatrisk diagnose, og antager, at denne vender tilbage til niveauet før COVID, betyder dette en stigning i antallet af børn og unge med psykiatriske diagnoser på yderligere 75.000 eller samlet 157.000 personer, jf. figur 68 nedenfor. Tilsvarende vil dette øge antallet af voksne med psykiatriske diagnoser med knap 194.000, eller samlet næsten 738.000 personer, jf. figur 69.

Figur 68 | Antal børn og unge med en psykiatrisk diagnose: Fremskrivning

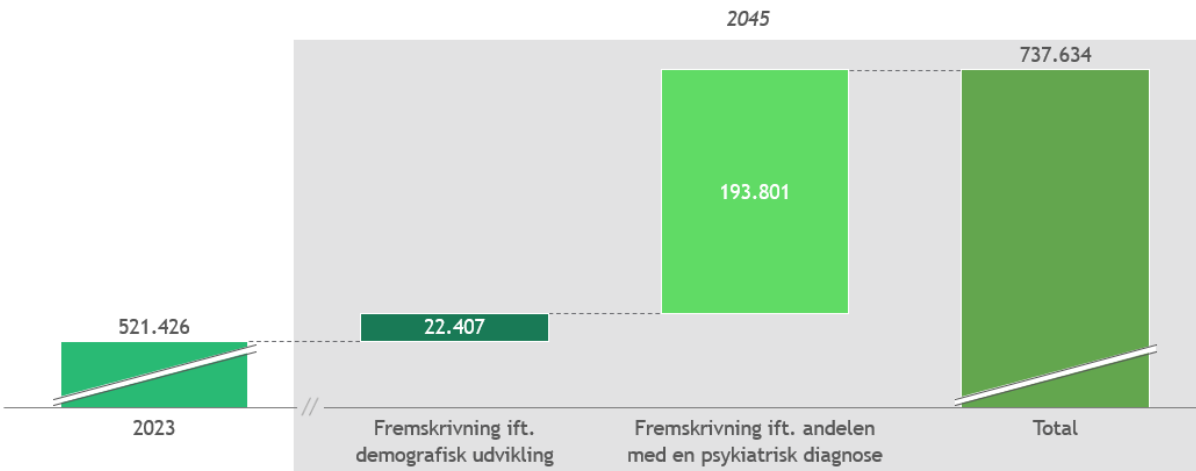
Antal unikke børn og unge (0-17 år) med mindst én psykiatrisk diagnose, 2023 og 2045F



Note: "Fremskrivning ift. demografisk udvikling" jf. figur 67. "Fremskrivning ift. andelen med en psykiatrisk diagnose" base-res på vækstraten i andelen af borgere mellem 0-17 år med en psykiatrisk diagnose, 2015-2019 (årene valgt grundet effekt af COVID på sygehusaktivitet og dermed diagnosticering). Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR; CPR-registeret); BCG analyse.

Figur 69 | Antal voksne med en psykiatrisk diagnose: Fremskrivning

Antal unikke voksne (18+ år) med mindst én psykiatrisk diagnose, 2023 og 2045F



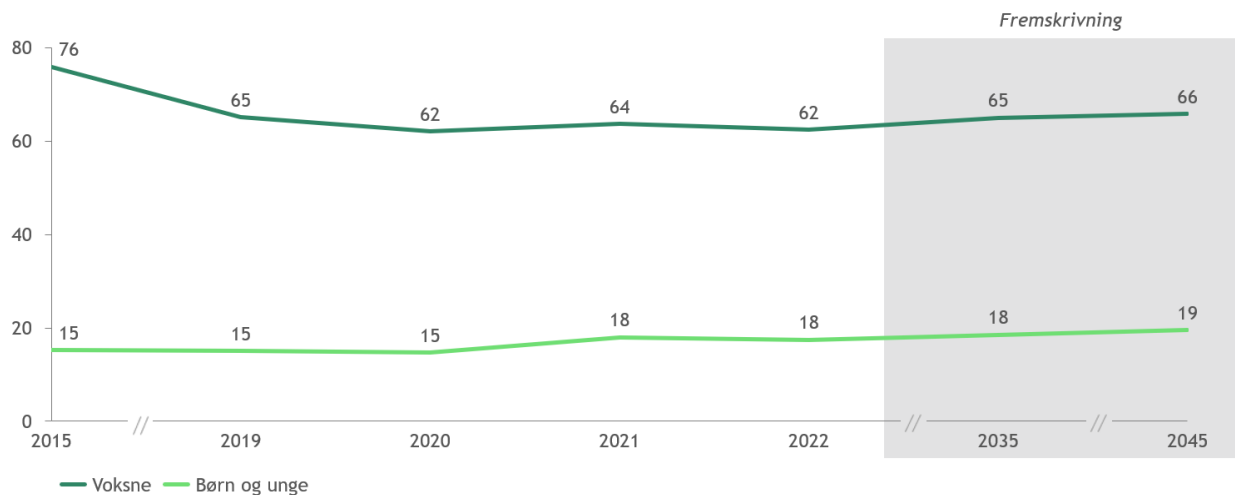
Note: "Fremskrivning ift. demografisk udvikling" jf. figur 67. "Fremskrivning ift. andelen med en psykiatrisk diagnose" base-res på vækstraten i andelen af borgere over 18 år med en psykiatrisk diagnose, 2015-2019 (årene valgt grundet effekt af COVID på sygehusaktivitet og dermed diagnosticering). Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR; CPR-registeret); BCG analyse.

Et stigende antal børn og unge får en psykiatrisk diagnose

Antallet af børn og unge, der får en psykiatrisk diagnose, er steget over tid, jf. figur 70.³⁷ I 2022 var der således 17.500 nye tilfælde af børn og unge med en psykiatrisk diagnose, svarende til 1,5 pct. af befolkningen under 18 år, sammenlignet med lidt over 15.000 nye tilfælde i 2015.

Figur 70 | Udvikling i nye tilfælde af psykiatriske diagnoser blandt børn og unge samt voksne

Antal unikke børn og unge (0-17 år) og voksne (18+ år), der første gang får en psykiatrisk diagnose (1.000), 2015-2045F



Noter: Afgrænset til personer med dansk bopæl. Alder opgjort på starttidspunktet for første kontakt. Personer kan indgå i opgørelsen flere år, hvis det er >10 år siden de første gang fik en diagnose. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR; CPR-registeret); BCG analyse.

I 2022 er der færre voksne, som diagnosticeres med en psykiatrisk diagnose, sammenlignet med 2015, jf. figur 70 ovenfor. Hvor der i 2022 var godt 62.000 voksne, der fik en psykiatrisk diagnose, var antallet således 76.000 i 2015, svarende til en reduktion på -17,9 pct., jf. figur 70.

Hvis den nuværende praksis fastholdes, forventes der i 2045 at være flere børn, unge og voksne, der diagnosticeres med en psykiatrisk diagnose, jf. figur 70. Således viser fremskrivninger, at der vil være godt 19.000 nydiagnosticerede blandt børn og unge i 2045 og knap 66.000 blandt voksne. Dette svarer til stigninger på hhv. 11,3 pct. og 5,5 pct. siden 2022, og her medtager vi udelukkende den demografiske udvikling i begge aldersgrupper. Denne vækst understreger, at der fremadrettet vil være et øget træk på psykiatrien.

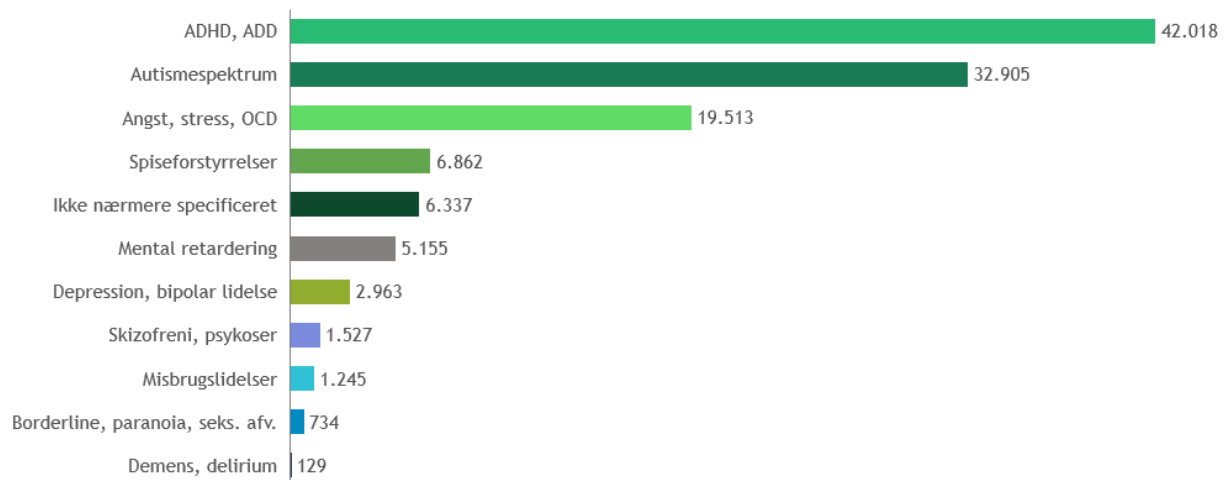
³⁷ Der tælles i opgørelsen antallet af personer pr. 1. januar i opgørelsesåret, der for første gang i løbet af de forudgående 10 år har haft minimum én kontakt til det psykiatriske og/eller somatiske sygehusområde med DF00-DF99 som aktions- eller bidiagnose. Personer tæller med i opgørelsen det år de første gang er registreret med en psykiatrisk diagnose inden for en 10-årig periode.

ADHD og autisme er de hyppigste diagnosegrupper blandt børn og unge

Blandt børn og unge med psykiatriske diagnoser er der i 2023 flest i diagnosegrupperne ADHD/ADD, autismespektrum og angst, stress, og OCD, jf. figur 71 nedenfor. Sammenlignet med øvrige diagnosegrupper, fx spiseforstyrrelser, er der tre gange så mange børn og unge, der har de førnævnte diagnosegrupper, jf. figur 71. Det skal bemærkes, at børn og unge kan have mere end en diagnose, hvorfor antallet ikke kan summeres på tværs af diagnosegrupper.

Figur 71 | Antal børn og unge inden for hver psykiatrisk diagnosegruppe

Antal børn og unge (0-17 år) der lever med den pågældende diagnosegruppe, 2023



Noter: Afgrænset til personer med dansk bopæl. Antal personer og alder pr. 1 januar i opgørelsesåret. Personer kan indgå i flere grupper, hvis de har fået en psykiatrisk diagnose inden for mere end én diagnosegruppe. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (LPR; CPR-registeret; Sygesikringsregisteret); BCG analyse

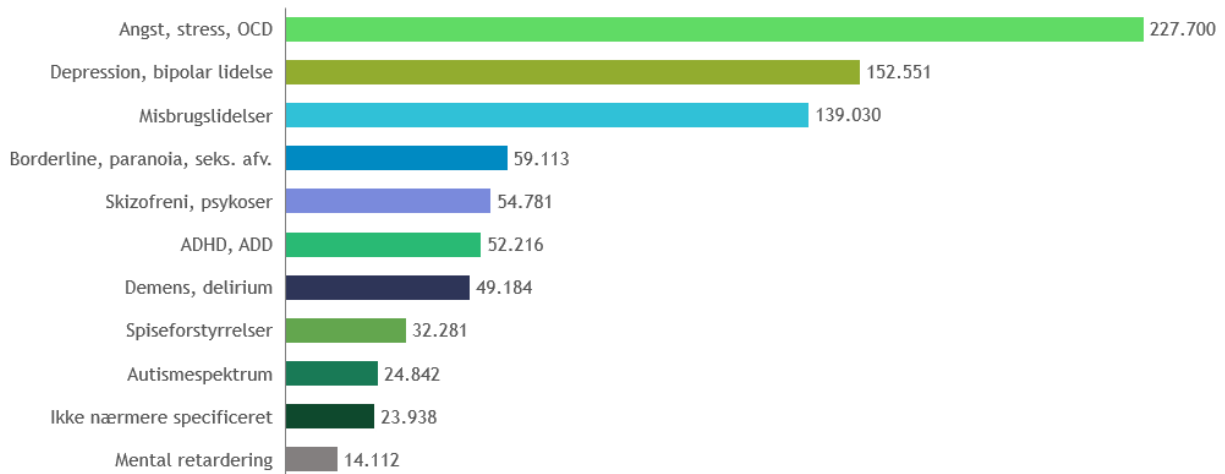
Aktuelt (2023) er der 42.000 børn og unge i diagnosegruppen ADHD/ADD, 33.000 indenfor autismespektrum, og næsten 20.000 i diagnosegruppen angst, stress og OCD, jf. figur 71.

Flest voksne med angst, stress og OCD

Mønsteret er lidt anderledes hos de voksne, her er de hyppigste diagnosegrupper hhv. angst, stress og OCD, depression og bipolar lidelse, samt misbrugslidelser, jf. figur 72 nedenfor.

Figur 72 | Antal voksne inden for hver psykiatrisk diagnosegruppe

Antal voksne (18+ år) der lever med den pågældende diagnosegruppe, 2023



Noter: Afgrænset til personer med dansk bopæl. Antal personer og alder pr. 1 januar i opgørelsesåret. Personer kan indgå i flere grupper, hvis de har fået en psykiatrisk diagnose inden for mere end én diagnosegruppe. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (LPR; CPR-registeret; Sygesikringsregisteret); BCG analyse

Næsten halvdelen af alle voksne med psykiatriske diagnoser (43,7 pct.) eller knap 228.000 voksne har diagnoser indenfor gruppen: angst, stress og OCD. Herudover er der knap 153.000 voksne med diagnosegruppen depression og bipolar lidelse samt 139.000 med misbrugslidelser, jf. figur 72.

Fælles for både børn, unge og voksne er således, at et større antal diagnosticeres med lidelser som angst, stress og OCD, jf. figur 71 og 72.

5.4.2 Udvikling i antal kontakter til sygehus blandt borgere med psykiatriske diagnoser

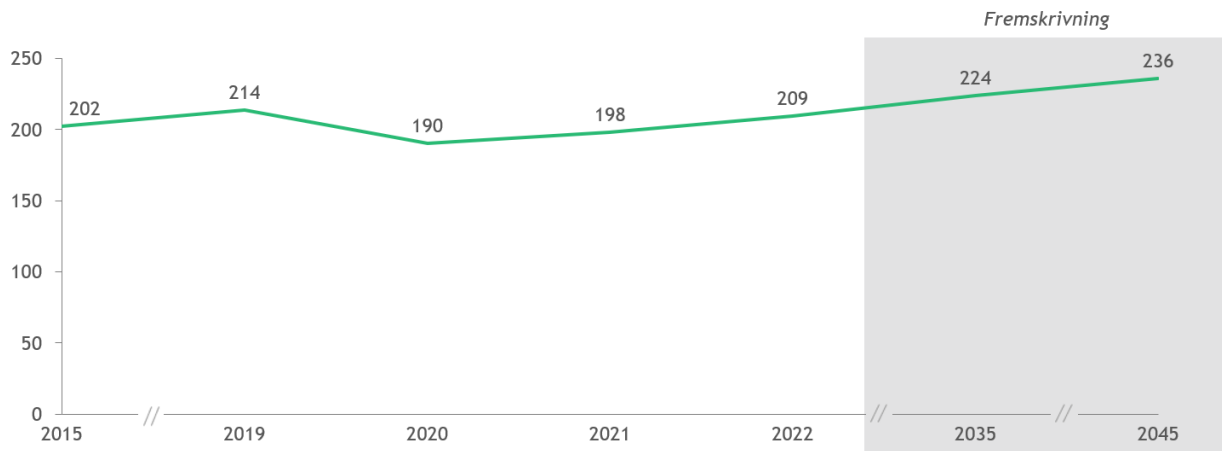
Stigende sygehusaktivitet blandt børn og unge med psykiatriske diagnoser

I 2022 var der blandt børn og unge med psykiatriske diagnoser godt 209.000 kontakter til sygehus, og antallet er steget fra 202.000 kontakter i 2015, svarende til en stigning på 3,5 pct.³⁸ COVID medførte et fald i antal kontakter i 2020, og selvom antallet er steget, ligger sygehusaktiviteten i 2022 fortsat en smule under niveauet i 2019, hvor der var 214.000 kontakter til sygehus blandt børn og unge med psykiatriske diagnoser, jf. figur 73.

³⁸ En kontakt afspejler et sygehusophold (herefter "kontakt"), hvilket er en kobling af fysiske fremmøder på danske hospitaler, såfremt de er tidsmæssigt overlappende eller optræder med ≤4 timers afstand mellem udskrivningstidspunktet for foregående kontakt og indskrivningstidspunktet for efterfølgende kontakt.

Figur 73 | Udvikling i antal kontakter til sygehus blandt børn og unge med en psykiatrisk diagnose

Antal kontakter til sygehus blandt børn og unge (0-17 år) med psykiatriske diagnoser (1.000), 2015-2045F



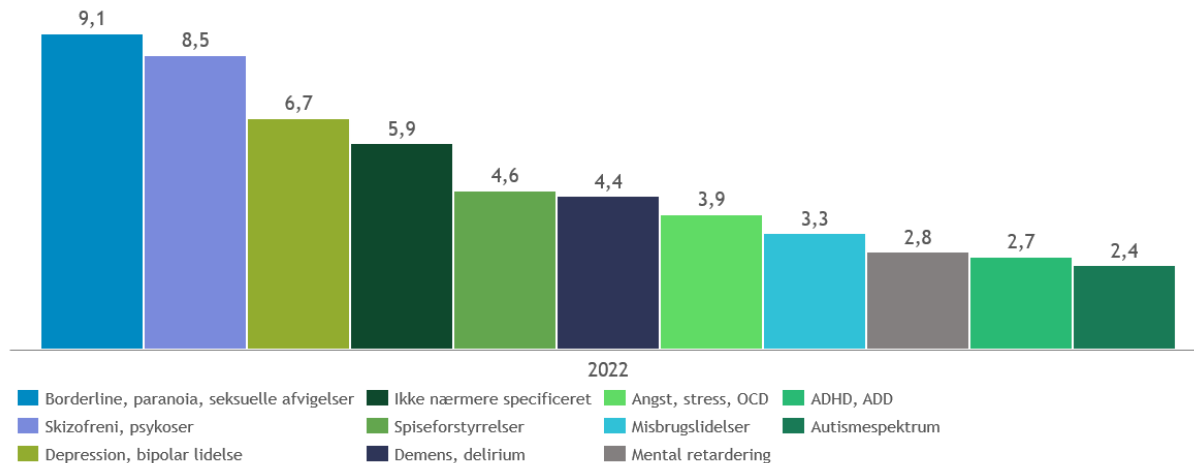
Noter: Afgrænset til personer med dansk bopæl. Alder er pr. 1. januar i opgørelsesåret. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR; CPR-registeret); BCG analyse.

I takt med den demografiske udvikling og stigningen i antallet af børn og unge mellem 0 og 17 år, ventes der i 2045 at være knap 236.000 kontakter til sygehus blandt børn og unge med psykiatriske diagnoser.

Sygehusaktiviteten varierer meget på tværs af diagnosegrupper - i 2022 var det særligt børn og unge med diagnosegrupperne borderline, paranoia og seksuelle afvigelser, skizofreni og psykoser, samt depression og bipolar lidelse, der i gennemsnit havde flest kontakter til sygehus, jf. figur 74 nedenfor.

Figur 74 | Gns. antal kontakter til sygehus blandt børn og unge med en psykiatrisk diagnose

Gns. antal kontakter i løbet af året pr. person pr. diagnosegruppe (0-17 år), 2022



Noter: Afgrænset til personer med dansk bopæl. Alder er pr. 1. januar i opgørelsesåret. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (LPR; CPR-registeret); BCG analyse.

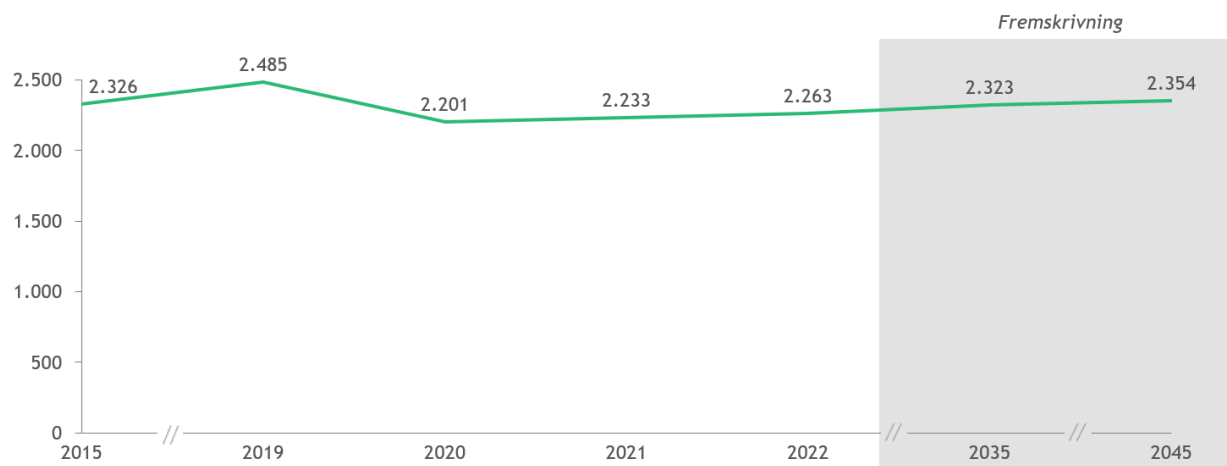
I 2022 havde børn og unge med diagnosegrupperne borderline, paranoia og seksuelle afvigelser i gennemsnit 9,1 kontakter til sygehus, hvilket lå på 8,5 og 6,7 for henholdsvis skizofreni og psykoser og depression og bipolar lidelse. Derimod har børn og unge med diagnoser som autismespektrum, ADHD/ADD og misbrugslidelser kun få kontakter til sygehus pr. år, med færre end tre kontakter i gennemsnit i løbet af 2022 for hver diagnosegruppe.

Sygehusaktivitet blandt voksne med psykiatriske diagnoser ventes at stige, men er fortsat påvirket af COVID

I 2022 var der blandt voksne med psykiatriske diagnoser godt 2,26 mio. kontakter til sygehus, og antallet er dermed steget en smule i forhold til de 2,20 mio. kontakter i 2020, jf. figur 75 nedenfor.³⁹

³⁹ En kontakt afspejler et sygehusophold (herefter "kontakt"), hvilket er en kobling af fysiske fremmøder på danske hospitaler, såfremt de er tidsmæssigt overlappende eller optræder med ≤4 timers afstand mellem udskrivningstidspunktet for foregående kontakt og indskrivningstidspunktet for efterfølgende kontakt.

Figur 75 | Antal kontakter til sygehus blandt voksne med en psykiatrisk diagnose
Antal kontakter til sygehus blandt voksne (18+ år) med psykiatriske diagnoser (1.000), 2015-2045F



Noter: Afgrænset til personer med dansk bopæl. Alder er pr. 1. januar i opgørelsesåret. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR; CPR-registeret); BCG analyse.

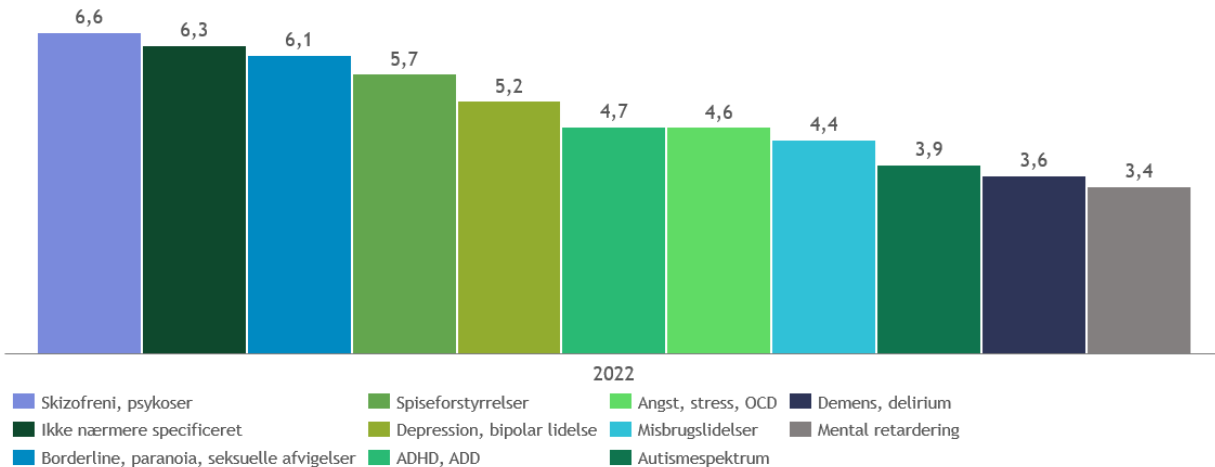
Fra 2019 til 2020 sker der et -11,4 pct. fald i antal kontakter til sygehus grundet COVID. Niveaulet er steget efterfølgende, men aktiviteten er i 2022 fortsat en smule lavere end i 2015, hvor der blandt voksne med psykiatriske diagnoser var 2,33 mio. kontakter til sygehus.

Frem mod 2045 viser fremskrivninger, at antallet af kontakter til sygehus vil stige, men niveauet forventes fortsat at være lidt lavere end i 2019, før COVID, jf. figur 75. Dette skyldes dog ikke et fald i antallet af voksne med psykiatriske diagnoser, men et fald i det gennemsnitlige antal kontakter pr. patient i 2022 sammenlignet med 2019.

Største sygehusaktivitet blandt voksne med skizofreni og psykoser

Der er også hos voksne med psykiatriske diagnoser stor variation i sygehusaktivitet på tværs af diagnosegrupper, jf. figur 76 nedenfor.

Figur 76 | Gns. antal kontakter til sygehus blandt voksne med en psykiatrisk diagnose
Gns. antal kontakter i løbet af året pr. person pr. diagnosegruppe (18+ år), 2022



Noter: Afgrænset til personer med dansk bopæl. Alder er pr. 1. januar i opgørelsesåret. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (LPR; CPR-registeret); BCG analyse.

Voksne med diagnoser som skizofreni og psykoser har mest kontakt til sygehus - i gennemsnit 6,6 kontakter i 2022, mens voksne med diagnoser indenfor diagnosegrupperne mental retardering, demens og autismespektrum fylder langt mindre på sygehusene, med under fire kontakter i gennemsnit pr. patient.

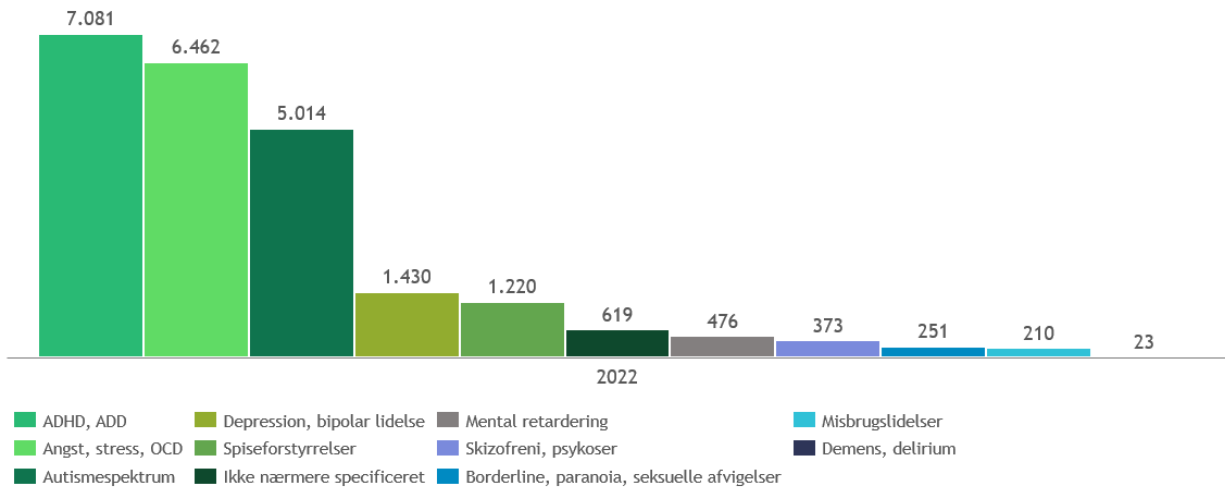
5.4.3 Udvikling i antal kontakter til praksissektoren blandt borgere med psykiatriske diagnoser

Flest kontakter til praksissektor blandt børn og unge med ADHD/ADD

I 2022 var antal kontakter til praksissektoren højest blandt børn og unge med diagnoser som ADHD/ADD, angst, stress og OCD, og autismespektrum, jf. figur 77.⁴⁰ Disse diagnosegrupper er de hyppigste blandt børn og unge, hvorfor det også er forventeligt, at der er flest kontakter til praksissektor. I 2022 var der således godt 7.000 kontakter blandt børn og unge med diagnoser indenfor ADHD/ADD, over 6.400 blandt diagnosegruppen angst, stress og OCD og 5.000 kontakter ved autismespektrum, jf. figur 77.

⁴⁰ Praksissektor dækker over kontakter til praktiserende psykiater, praktiserende psykolog og samtalerapi i almen praksis. Opgørelserne er afgrænset til patienter, som også har været i kontakt til sygehus i forbindelse med en psykiatrisk diagnose inden for de seneste 10 år forud for opgørelsesåret. Tallene afspejler dermed aktivitet i praksissektor for et udsnit af patienter med psykiatriske diagnoser, og favner således ikke patienter, som kun har været i kontakt med praksissektoren.

Figur 77 | Antal kontakter til praksissektoren blandt børn og unge pr. diagnosegruppe
Antal kontakter til praksissektor, dvs. kontakter til praktiserende psykiater, praktiserende psykolog og samtale-
terapi i almen praksis, blandt børn og unge (0-17 år) pr. diagnosegruppe, 2022



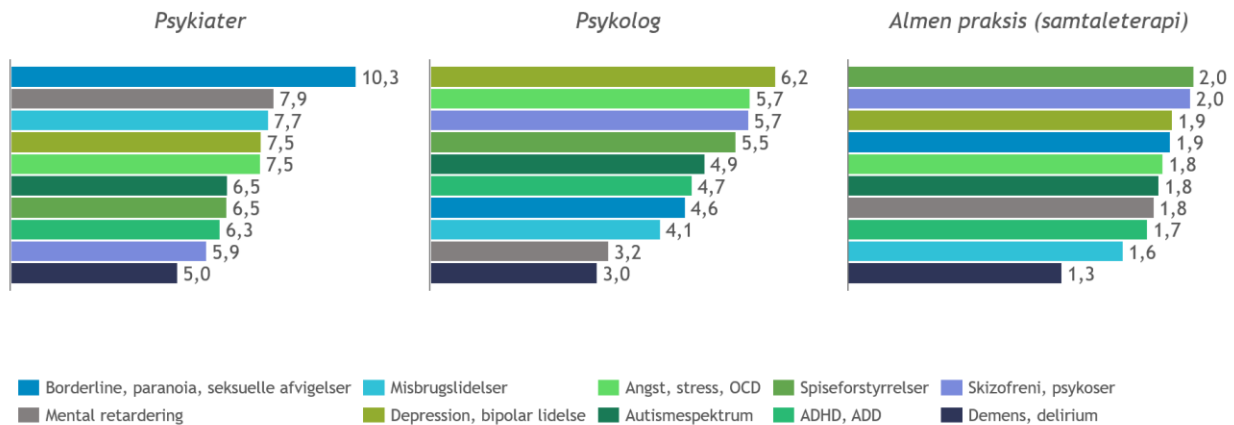
Noter: Favner kontakter til hhv.: Privatprakt. psykiater - specialerne psykiatri (speciale 24) og børnepsykiatri (speciale 26), Privatprakt. psykolog - specialet psykologhjælp (speciale 63), Almen praksis afgrænset til samtaleterapi, ydelsesnr. 6101. Afgrænset til kontakter, der har beh. dato i det enkelte år inden for det relevante praksisområde. Afgrænset til personer med dansk bopæl. Alder er pr. 1 januar i året. Personer kan indgå i flere grupper, hvis de har fået en psykiatrisk diagnose inden for mere end én diagnosegruppe. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR; CPR-registeret; Sygesikringsregisteret); BCG analyse.

Størst træk på psykiatere blandt børn og unge med diagnoser som borderline

Som nævnt ovenfor, er den samlede aktivitet i praksissektor størst for de hyppigste psykiatriske diagnosegrupper blandt børn og unge, herunder ADHD/ADD, angst, stress og OCD og autismespektrum. Dog er trækket på sundhedsvæsenet ikke nødvendigvis højest blandt disse patientgrupper, når man ser på kontaktmønstret hos den enkelte patient. I figur 78 nedenfor angives det gennemsnitlige antal kontakter til henholdsvis praktiserende psykiater, praktiserende psykolog og til samtaleterapi i almen praksis pr. diagnosegruppe blandt børn og unge med psykiatriske diagnoser.

Figur 78 | Gns. antal kontakter til praksissektoren blandt børn og unge med en psykiatrisk diagnose

Gns. antal kontakter til hhv. praktiserende psykiater, praktiserende psykolog og samtaleterapi i almen praksis, blandt børn og unge (0-17 år) pr. diagnosegruppe, 2022



Noter: Favner kontakter til hhv.: Privatprakt. psykiater - specialerne psykiatri (speciale 24) og børnepsykiatri (speciale 26), Privatprakt. psykolog - specialet psykologhjælp (speciale 63), Almen praksis afgrænset til samtaleterapi, ydelsesnr. 6101. Afgrænset til kontakter, der har beh. dato i det enkelte år inden for det relevante praksisområde. Afgrænset til personer med dansk bopæl. Alder er pr. 1 januar i året. Personer kan indgå i flere grupper, hvis de har fået en psykiatrisk diagnose inden for mere end én diagnosegruppe. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR; CPR-registeret; Sygesikringsregisteret); BCG analyse.

Børn og unge med diagnosegruppen borderline, paranoia og seksuelle afvigelser har flest kontakter til psykiater, i gennemsnit 10,3 kontakter i 2022, men har derimod kun få kontakter til henholdsvis psykolog og almen praksis (samtaleterapi), jf. figur 78.

Omvendt har børn og unge i diagnosegruppen depression og bipolar lidelse flest gennemsnitlige kontakter til praktiserende psykolog i 2022, men væsentligt færre gennemsnitlige kontakter til praktiserende psykiater end diagnosegrupper som borderline, paranoia og seksuelle afvigelser, mental retardering og misbrugslidelser, jf. figur 78.

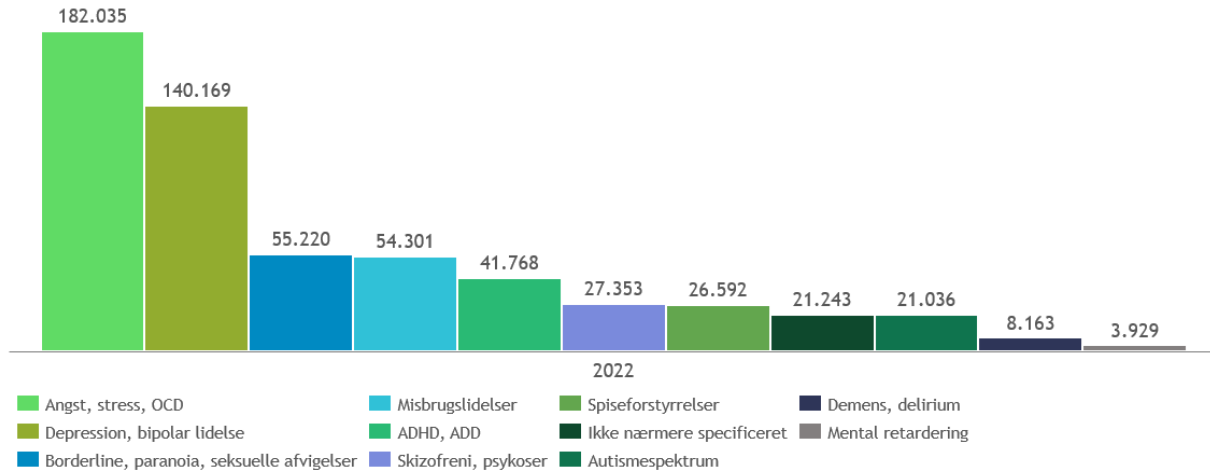
Det er ikke kun typen men også omfanget af kontakter, der varierer. Overordnet set har børn og unge flest kontakter til psykiater, efterfulgt af kontakter til psykolog og samtaleterapi i almen praksis.

Flest kontakter til praksissektoren blandt voksne med angst, stress og OCD

Blandt voksne med psykiatriske diagnoser er der flest kontakter til praksissektoren blandt de største diagnosegrupper, fx angst, stress og OCD, jf. figur 79 nedenfor.

Figur 79 | Antal kontakter til praksissektoren blandt voksne pr. diagnosegruppe

Antal kontakter til praksissektor, dvs. kontakter til praktiserende psykiater, praktiserende psykolog og samtale-terapi i almen praksis, blandt voksne (18+ år) pr. diagnosegruppe, 2022



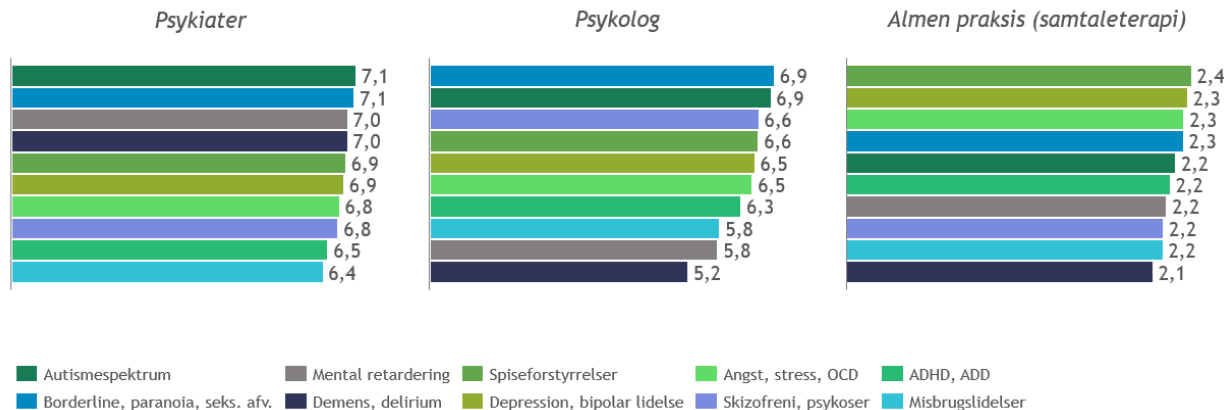
Noter: Favner kontakter til hhv.: Privatprakt. psykiater - specialerne psykiatri (speciale 24) og børnepsykiatri (speciale 26), Privatprakt. psykolog - specialet psykologhjælp (speciale 63), Almen praksis afgrænset til samtaleterapi, ydelsesnr. 6101. Afgrænset til kontakter, der har beh. dato i det enkelte år inden for det relevante praksisområde. Afgrænset til personer med dansk bopæl. Alder er pr. 1 januar i året. Personer kan indgå i flere grupper, hvis de har fået en psykiatrisk diagnose inden for mere end én diagnosegruppe. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR; CPR-registeret; Sygesikringsregisteret); BCG analyse.

Der ses dog også her stor variation, og der er således relativt set flere kontakter til praksissektor blandt voksne med diagnoser som borderline, paranoia og seksuelle afvigelser, jf. figur 79. Således driver et mindre antal patienter i denne diagnosegruppe et stort antal kontakter til praksissektoren.

Omfanget af kontakter på tværs af praksissektorens områder varierer blandt voksne med psykiatriske diagnoser, jf. figur 80.

Figur 80 | Gns. antal kontakter til praksissektoren blandt voksne med en psykiatrisk diagnose

Gns. antal kontakter til hhv. praktiserende psykiater, praktiserende psykolog og samtaleterapi i almen praksis, blandt voksne (18+ år) pr. diagnosegruppe, 2022



Noter: Favner kontakter til hhv.: Privatprakt. psykiater - specialerne psykiatri (speciale 24) og børnepsykiatri (speciale 26), Privatprakt. psykolog - specialet psykologhjælp (speciale 63), Almen praksis afgrænset til samtaleterapi, ydelsesnr. 6101. Afgrænset til kontakter, der har beh. dato i det enkelte år inden for det relevante praksisområde. Afgrænset til personer med dansk bopæl. Alder er pr. 1 januar i året. Personer kan indgå i flere grupper, hvis de har fået en psykiatrisk diagnose inden for mere end én diagnosegruppe. Kilder: Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR; CPR-registeret; Sygesikringsregisteret); BCG analyse.

På tværs af praksisområder har patienterne flest kontakter til privatpraktiserende psykiater - det gennemsnitlige antal kontakter ligger her mellem 6,4 og 7,1, hvor det fx for almen praksis ligger mellem 2,1 og 2,4, jf. figur 80.

Blandt patienter med samtaleterapi i almen praksis har voksne med diagnoser som spiseforstyrrelse flest kontakter i gennemsnit (2,4). Til sammenligning har voksne med spiseforstyrrelser dog gennemsnitligt 6,9 kontakter til psykiater og 6,6 kontakter til psykolog, jf. figur 80.

5.4.4 Udgifter til psykiatriområdet

Psykiatriområdet udgør en mindre men væsentlig andel af de samlede udgifter i sundhedsvæsenet. Som beskrevet i afsnit 3.6, figur 32, var der i 2022 udgifter for næsten 8,8 mia. kr. på det psykiatriske sygehusområde, svarende til 6 pct. af de samlede udgifter i sundhedsvæsenet.

Derudover driver aktivitet i praksissektoren også udgifter på psykiatriområdet. I 2022 var der 341,8 mio. kr. i samlet bruttohonorar for praktiserende psykiatere (voksen og børnepsykiatri)⁴¹ og tilsvarende 293,9 mio. kr. i bruttohonorar for konsultationer ved

⁴¹ Dækker over det samlede bruttohonorar for kontakter, inkl. tillægs-, laboratorieydelser, mv. Antal kontakter til beregningen = 372.240 kontakter. Bruttohonorar er angivet i årets priser og er baseret på ydelser afregnet under specialerne psykiatri (speciale 24) og børne- og ungdomspsykiater (speciale 26). Kilde: Sundhedsdatastyrelsen (Sygesikringsregisteret pr. november 2023).

praktiserende psykologer (ekskl. egenbetaling).⁴² Disse udgifter kan forventes at vokse yderligere i takt med forventningen om et stigende antal borgere med psykiatriske diagnoser (figur 67) og tilhørende stigende aktivitet på sygehusområdet blandt denne gruppe (figur 73 og 75).

5.4.5 Opsamling: Udviklingen i psykiatrien

I 2023 er der 10 pct. af befolkningen, som har en psykiatrisk diagnose, og denne andel er steget siden 2015 (9,4 pct.). Antallet af børn, unge og voksne med psykiatriske diagnoser forventes at stige frem mod 2045 som følge af den demografiske udvikling, hvilket også vil medføre en voksende sygehusaktivitet blandt patientgruppen, hvis nuværende praksis fastholdes.

Blandt børn og unge med en psykiatrisk diagnose, er der flest indenfor diagnosegrupperne ADHD/ADD, autismspektrum og angst, stress og OCD. Det er dog børn og unge med diagnoser som hhv. borderline, paranoia og seksuelle afvigelser og skizofreni og psykoser, der har flest sygehuskontakter.

En lignende tendens gør sig gældende blandt voksne med psykiatriske diagnoser. Her er de hyppigste diagnosegrupper henholdsvis angst, stress og OCD, depression og bipolar lidelse og misbrugslidelser. Det er dog voksne med diagnoser indenfor skizofreni, psykoser, borderline, paranoia og seksuelle afvigelser, der har flest kontakter til sygehus.

Der ses tilsvarende variation i aktiviteten i praksissektoren på tværs af børn, unge og voksne med psykiatriske diagnoser. Her er det ikke kun typen af kontakt (fx psykiater eller psykolog), men også omfanget af kontakter, der varierer på tværs af diagnosegrupper. Overordnet set har både børn, unge og voksne med psykiatriske diagnoser flest kontakter til psykiater, efterfulgt af kontakter til psykolog og samtaleterapi i almen praksis.

Det psykiatriske område udgør fortsat en mindre (men væsentlig) andel af de samlede udgifter til sundhedsvæsenet, men disse udgifter kan forventes at stige i takt med det stigende antal borgere med psykiatriske diagnoser og deres voksende aktivitet på sygehusene.

⁴² Dækker over udgifter for konsultationer, henvisning 1-9 og 10-11 (+ vederlagsfri). Gruppekonsultationer er ekskluderet. Kilde: Sundhedsdatastyrelsen (Sygesikringsregisteret pr. november 2023).

Bilag 6:

Potentialer for omstilling til det nære sundhedsvæsen. Eksempler på beregning af potentialer for konkrete omstillingstiltag

Boston Consulting Group (BCG)



Potentialer for omstilling til det nære sundhedsvæsen

Eksempler på beregning af potentialer for konkrete omstillingstiltag

FEBRUAR 2024



Indhold

1	Baggrund, formål og tilgang	Side 2
2	Resumé af potentialeberegninger	Side 4
3	Digital triagering	Side 5
4	Integrerede behandlingsforløb	Side 10
5	Afdeling for multisyge	Side 15
6	Hjemmeindlæggelse	Side 20
7	Faste læger i den kommunale sygepleje	Side 25
8	(Gen)indlæggelser	Side 30
9	Træning frem for operation	Side 35
10	Geriatrisk kompetenceløft	Side 40
11	App-støtte til diagnosticering	Side 45

Baggrund, formål og tilgang

Baggrund og formål med beregningerne af potentialer

Regeringen har nedsat en Sundhedsstrukturkommission, der skal udarbejde et beslutningsgrundlag, som ”fordomsfrit opstiller og belyser modeller for den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet”. Modellerne skal understøtte et forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen med mere lighed, og som er mere nært og bæredygtigt, jf. kommissoriet for kommissionen.

Som en del af grundlaget for Sundhedsstrukturkommissionens arbejde har BCG gennemført en analyse af udvalgte sundhedsøkonomiske potentialer ved bred implementering af specifikke indsatser i en dansk kontekst.

Der er udvalgt ni eksempler på tiltag¹, der ved at understøtte omstilling til det nære sundhedsvæsen vil kunne frigøre ressourcer i sundhedsvæsenet, og dermed bidrage til håndteringen af den ventede stigning i efterspørgslen på sundhedsydelser. Der er tale om udvalgte greb, som ikke er dækkende for de samlede mulige løftestænger i en omstilling. Initiativerne kan implementeres sideløbende og dermed opnå en samlet effekt. Dog kan der være nogen overlap mellem målgrupper og dermed de isolerede gevinster.

De fleste cases er relativt nye og har derfor også få effektopgørelser, hvorfor de økonomiske gevinster estimeres på grundlag af foreløbige erfaring og forskningsresultater fra lignende tiltag i udlandet.

Potentialet er vurderet ud fra fem perspektiver:

- Økonomiske besparelser
- Frigjort kapacitet
- Reduceret brug af ressourcer
- Bedre klinisk kvalitet
- Mere lige adgang til sundhedsvæsenet.

Ydermere er det tydeliggjort, hvis et tiltag særligt højner patientoplevelsen.

1. Se bl.a. "Omstilling til det nære sundhedsvæsen - en casesamling" for fyldestgørende beskrivelse af relevante cases.

Tilgang og grundlag

BCG har med afsæt i de fem perspektiver undersøgt gevinsterne for hver case. Den økonomiske beregning præsenteres særskilt for hvert potentiale. Det skal understreges, at der er tale om regneeksempler under givne forudsætninger, der vil skulle tilpasses en konkret kontekst. Øvrige relevante gevinster belyses kvalitativt.

Såfremt effektmålinger forefindes, er disse anvendt i beregningerne. Hver potentialeberegning er forsøgt styrket via foreløbige erfaringer fra de enkelte tiltag, publiceret forskning, effektmålinger fra sammenlignelige initiativer og tidligere BCG-analyser. Beregningerne tager ydermere afsæt i nøgletal fra centrale kilder som Sundhedsdatastyrelsen og Danmarks Statistik.

I nærværende notat præsenteres hvert tiltag, dets resultater og det mulige potentiale ved implementering i dansk kontekst. Følgende temaer behandles:

- Hjemmeindlæggelse
- Digital triagering
- Integreerede behandlingsforløb
- Afdeling for multisyge
- Faste læger i den kommunale sygepleje
- Træning frem for operation
- (Gen)indlæggelser
- App-støtte til diagnosticering
- Geriatrisk kompetenceløft.

På tværs af de ni tiltag fokuserer fire på omlægning af sygehusaktivitet, to på ændret opgaveløsning i forhold til specifikke specialer, to på udvidelse af almen praksis ansvarsområder og et på digital triagering. I varierende grad er teknologiske værktøjer og tværsektorielt samarbejde en forudsætning for alle syv potentialer.



Indhold

1	Baggrund, formål og tilgang	Side 2
2	Resumé af potentialeberegninger	Side 4
3	Digital triagering	Side 5
4	Integrerede behandlingsforløb	Side 10
5	Afdeling for multisyge	Side 15
6	Hjemmeindlæggelse	Side 20
7	Faste læger i den kommunale sygepleje	Side 25
8	(Gen)indlæggelser	Side 30
9	Træning frem for operation	Side 35
10	Geriatrisk kompetenceløft	Side 40
11	App-støtte til diagnosticering	Side 45

Samlet oversigt over potentialer

Nedenfor fremgår en samlet oversigt over de ni udvalgte tiltag¹, der hver især har et særligt potentiale for omstilling. Det skal understreges at der er tale om regneeksempler under givne forudsætninger. Heri indgår en kort præsentation af målgruppen, selve tiltaget, de estimerede nettogevinster samt øvrige resultater.

Omstillingstema	Målgruppe	Beskrivelse	Nettogevinst (mio. DKK årligt)	Øvrige resultater
Digital triagering	Den brede befolkning	En fordør til sundhedsvæsenet med bl.a. information, datastøttet triagering og selvhjælp	900 - 1.500 ²	~4 - 8 mio. frigjorte kontakter til praksis; ² reduceret ventetid; Bedre sammenhængskraft
Integrerede behandlingsforløb	Alle der har kontakt til sundhedsvæsenet	Kommuner, hospitaler og praktiserende læger har fælles budget, og den praktiserende læge gives mere ansvar for patienten	700 - 1.400	Mere velkoordinerede behandlingsforløb højner patienttilfredsheden
Afdeling for multisyge	Borgere med flere kroniske sygdomme samtidigt	En særskilt afdeling for patienter med multisygdom, hvor ansatte er trænet i behandling på tværs af medicinske specialer	600 - 1.300	~90-180k frigjorte sengedage; ² Bedre klinisk forståelse for patienters komplekse behov
Hjemme-indlæggelse	Sygehusindlagte patienter, der kan varetages hjemme	Patienter tilbydes hjemmeindlæggelse med behandling vha. video konsultationer, selvmonitorering og fjernovervågning	300 - 800	~76-137k frigjorte sengepladser; ² Færre genindlæggelser og reduceret opholdstid;
Faste læger i den kommunale sygepleje	Ældre borgere med behov for sygeplejeindsatser	Fasttilknyttede læger for borgere, der modtager kommunal sygepleje	475 - 750	~10-20k frigjorte sengepladser; ² Bedre koordinat ion af pleje forbedrer den kliniske kvalitet
(Gen)indlæggelser	Ældre patienter over 65 år	Tværasektorielt samarbejde om støtte af ældre patienter udenfor hospitalerne, så genindlæggelser undgås	255 - 435	~6-10k frigjorte sengepladser; ² Mere velkoordinerede forløb; Reducerer hjemmeplejebehov
Træning frem for operation	Patienter med slidgigt	Patienter med slidgigt bliver behandlet primært vha. et fysioterapeutisk træningsforløb frem for operation	170 - 270	Bedre kliniske resultater for en konkret målgruppe; Øget patienttilfredshed
Geriatrisk kompetenceløft	Geriatriske patienter	Rejsehold med geriatriske specialister hjælper sundhedsfaglige til bedre styrket indsats for komplekse geriatriske patienter	40 - 120	~7-20k frigjorte sengepladser; ² Bedre kliniske resultater; Bedre patientforløb
App-støtte til diagnosticering	Patienter, der udredes for hudkræft	Brug af app med billedgenkendelse til sparring mellem praktiserende læge og dermatolog for bedre udredning af hudkræft	70 - 80	~250-310k frigjorte dermatologiske kontakter; ² Forbedret diagnosticering og mere lige adgang

1. De udvalgte potentialer betragtes ikke som værende udtømmende for muligheder for omstilling. Flere initiativer er fx belyst i BCGs notat til Sundhedsstrukturkommissionen benævnt "Omstilling til det nære sundhedsvæsen, casesamling". Caseeksempler udvalgt til dette notat baseret på deres relevans i forhold til omstillingen samt tilgængeligheden af et relevant datagrundlag. 2. Brutto - det reelle tal vil være mindre når der indregnes implementerings- og /eller driftsomkostninger; Kilde: BCG analyse.



Indhold

1	Baggrund, formål og tilgang	Side 2
2	Resumé af potentialeberegninger	Side 4
3	Digital triagering	Side 5
4	Integrerede behandlingsforløb	Side 10
5	Afdeling for multisyge	Side 15
6	Hjemmeindlæggelse	Side 20
7	Faste læger i den kommunale sygepleje	Side 25
8	(Gen)indlæggelser	Side 30
9	Træning frem for operation	Side 35
10	Geriatrisk kompetenceløft	Side 40
11	App-støtte til diagnosticering	Side 45

Digital triagering | Gevinster ved en digital fordør med AI-støttet triagering

Omstillingspotentiale: En digital fordør til sundhedsvæsenet har potentiale til at understøtte en mere effektiv triagering og mere målrettede behandlingsforløb. For nogle vil dette inkludere selvhjælp og dermed helt fjerne kontakten, for andre vil det betyde hjælp af sundhedsfaglige med det mest relevante specialiseringsniveau givet patientens situation. Det kan også indebære et digitalt behandlingsforløb. Med et stigende antal patienter i alle dele af sundhedsvæsenet, vil en digital fordør derfor have et stort potentiale for at aflaste sundhedsvæsenet.

Case: For at belyse potentialet af en digital fordør til sundhedssystemet tages udgangspunkt i en eksisterende løsning fra Sverige (Platform 24), som tilbyder en digital fordør, der skaber overblik over egne sundhedsdata, visiterer patienter med anvendelse af AI-støttet triagering og formidler telemedicinsk kontakt til sundhedsfaglige. Det skal dog understreges, at der er betydelig usikkerhed forbundet med denne beregning, da både gevinster og omkostninger vil afhænge af de konkrete valg, der træffes ift. funktionalitet og ambitionsniveauet for en digital fordør.

Målgruppe: Alle borgere, der søger (førstegangs) kontakt til en sundhedsfaglig i en konkret situation.

Resultater fra Platform 24 og lignende løsninger

Der findes endnu ikke effektstudier af det fulde potentiale ved en digital fordør. Triagering til rette specialiseringsniveau vil således forventeligt effektivisere behandlingen og frigøre ressourcer, men der savnes analyser af disse og andre konkrete effekter.

Optimeringen af den første kontakt har dog i sig selv et stort potentiale, viser erfaringer fra digitale fordøre i Sverige, Australien og Canada. Disse peger på to gevinster:

- En **reduktion i kontakter til almen praksis** grundet digital triagering
- En effektivisering af **konsultationstiden**, hvilket frigør tid



Ekstrapolering af potentialer til en national kontekst

Hvis en der implementeres en digitalt understøttet triagering i den første kontakt tilsvarende Platform24, vil det medføre en række gevinster:

- Nogle patienter kan hjælpes med selvhjælp, og dermed **mindke behovet for lægefaglig kontakt**
- Dataopsamling under patienters interaktion med fordøren kan effektivisere de følgende konsultationer, og **øge kapaciteten pr. læge eller sygeplejerske**

Det skal således understreges, at der her ses på gevinster ved en central del af en digital fordør men ikke hele løsningen.

Øvrige potentialer ved en digital triagering

Implementeringen af en digitalt understøttet triagering vil det forventeligt betyde yderligere effekter, herunder:

- **Klinisk kvalitet:** AI-støtte til lægers behandlingsbeslutninger kan sikre mere præcis udredning og diagnose²
- **Lige adgang til sundhed:** En digital triagering muliggør udredning og vurdering af kontaktbehov uanset geografi
- **Forbedret patientoplevelse:** Centralisering af sundhedsinformation gør kommunikation med sundhedspersonale nemmere og øger patienttilfredsheden.

Digital triagering | Eksempel på beregning af økonomisk gevinst

Konklusion:



- Frigjort kapacitet og effektivisering af kontakt til almen praksis gennem en digital triagering har umiddelbart potentiale til at frigøre 900-1.500 mio. kroner årligt. Det skal dog understreges, at gevinsterne vil afhænge meget af den valgte løsning og at beregningen her tager udgangspunkt i erfaringer fra Platform24.
- Dette medtager heller ikke det massive yderligere potentiale i reduktion af spildte kontakter opnået ved triagering af patienter til rette specialiseringsniveau

Beregning

Sparede kontakter til AP	4 - 8 mio.
×	×
Prisen for en konsultation	117
=	=
Besparelse fra digital triagering	500 - 900 mio.
+	+
Effektiviseringsgevinster	400 - 600 mio.
=	=
Årlige frigjorte ressourcer (DKK)	900-1.500 mio.

Rationale

I 2022 var der ~40 mio. kontakter til almen praksis i Danmark. Erfaringer fra Sverige viser, at kontaktbehovet kan reduceres med 20 pct. ved brug af AI støttet triagering.¹ Da reduktionen i kontaktbehovet afhænger af den benyttede triageringsmodel, anvendes her et konservativt estimat på 10-20 pct. reduktion i antal kontakter.

Prisen for en gennemsnitlig kontakt til en alment praktiserende læge var 117 DKK. i 2022.

10-20 pct. af kontakterne til praktiserende læge kan reduceres via AI-triagering, som henviser patienter til enten information, selvhjælp eller uden om almen praksis direkte til fx akut behandling. Herved kan udgifterne til kontakt til almen praksis reduceres med 500-900 mio.

Efter reduktion i antallet af kontakter har almen praksis fortsat 32-36 mio. kontakter. Effektiviseret AI-støttet diagnostik kan øge lægers kapacitet med 20 pct.¹ Konservativt estimeres, at 10-15 pct af de praktiserende lægers tid spares, hvilket giver 3,5 til 5 mio. flere kontakter for de samme ressourcer. Ved en pris pr. konsultation på 117 DKK opnås effektiviseringsgevinster på 400-600 mio. kr. pr. år

Ved at sammenholde reduktion i kontakter til almen praksis, effektiviseringsgevinsterne og de forventede omkostninger ved at udvikle og drifte en digital triagering estimeres den samlede årlige nettobesparelse til 900-1.500 mio. DKK.

Omkostninger: Det er vanskeligt at estimere omkostningerne ved digital triagering, da det vil afhænge meget af den konkrete løsning. Eksempler fra udlandet: K Health i USA = 2,6 mia. DKK, Wellness Together Canada = 1,5 mia. DKK.³ På baggrund heraf estimeres samlede implementerings og driftsomkostninger på 1-3 mia. DKK over en 10 årig periode. Det store spænd understreger den betydelige usikkerhed forbundet med dette estimat.

Note: Tal afrundes; Kilder: 1. Innovation Origins, 2022, Platform24 first European health app to receive EU certification as a medical device; 2. Calcalist Tech, 2023, Unicorn K Health raises \$59 million in down round; Sundhedsdatastyrelsen; 3. Toronto Star, 2021, 'A national online mental health portal had 1.2 million users in its first year. Is Wellness Together Canada here to stay?' (thestar.com); Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på SSR); BCG analyse.

Digital triagering | Øvrige gevinster for patienter, klinikere og samfundet

Digital triagering kan frigive knappe ressourcer

Digitalt understøttet triagering kan som vist reducere antallet af kontakter til almen praksis. Det kan reducere behovet for fysiske konsultationer og give mulighed for at håndtere rutinemæssige henvendelser digitalt, hvilket kan frigøre ressourcer i almen praksis. Som en yderligere gevinst kan digitalt understøttet triagering understøtte, at borgere hurtigt dirigeres korrekt i sundhedssystemet, hvilket kan sikre mere effektiv anvendelse af ressourcer.

AI og datastøtte til læger sikrer effektiv triagering

Digital triagering kan forbedre den kliniske kvalitet på to måder: 1) Frigørelse af ressourcer skaber mere tid til den enkelte patient¹, og 2) Datastøtte til læger sikrer, at patienter henvises korrekt, hvilket sikrer hurtig og målrettet behandling for patienter. Sundhedsfaglige må dog fortsat involveres i behandlingsbeslutninger om langt størstedelen af kontakterne.²

En mere avanceret model for en digital fordør kan potentielt indeholde kobling til selvmonitoreringsapps og dermed dele oplysninger om visse symptomer og sygdomme, hvilket kan have en forebyggende effekt, fx for patienter med KOL eller depression.

Digital sundhedsadgang sikrer lige pleje for alle borgere

Med en digital indgang kan patienter få hurtig adgang til sundhedsfaglig rådgivning uafhængigt af geografisk placering. Telemedicin kan integreres for yderligere at overkomme afstandsudfordringer og minimere ventetider. For dem, der ikke kan bruge den digitale indgang, kan pårørende assistere som digital støtte eller de kan fortsætte med at bruge de analoge indgange til sundhedsvæsenet.

De potentielt lavere barrierer for adgang til almen praksis og/eller digital lægefaglig vurdering kan understøtte, at sygdomme opdages tidligere og dermed forebygge mere komplicerede sygdomsforløb.

Forbedring af patientoplevelsen gennem online sundhedsydelser

Udover den mere relevante adgang til behandling, hjælper den automatiske triagering også med at henlede patienter til den mest relevante information og evt. selvhjælp. For patienter kan det være overvældende at skulle identificere de mest relevante kilder for at håndtere en given sundhedsmæssig udfordring. Her sikrer triageringen en bedre oplevelse for patienten.

Digital triagering | Forbehold for potentialeberegning

Det fulde potentiale ved digital triagering afhænger af en række forbehold. Særligt vurderingen af frigjort kapacitet kan variere både med den teknologiske udvikling og med den kulturelle modenhed. De væsentligste betragtninger beskrives nedenfor.

Kapacitet frigjort pba. ændret antal kontakter til lægen:

Digital triagering kan omdirigere relevante kontakter til selvhjælp, hvilket, som beskrevet, frigiver kapacitet. Andelen af patienter, der håndteres uden direkte lægelig kontakt, afhænger bl.a. af præcisionen i den digitale triagering, hvilket understøttes af algoritmens performance. Den fulde udnyttelse af dette potentiale, er dog også et spørgsmål om klinisk kultur. Placeringen af behandlingsansvaret, når patienter sendes til selvhjælp, skal fortsat håndteres. Dette kan medføre et "forsigtighedsprincip", som markant vil reducere mængden af patienter, der ledes væk fra sundhedsfaglig kontakt, hvilket vil mindske potentialet.

Digital triagering gør det nemmere at søge kontakt og må dermed forventes at sænke barrieren for kontaktsøgning for en stor gruppe borgere. Indførelsen af digital triagering kan dermed potentielt øge det samlede antal af borgere, der søger kontakt til almen praksis. Dette kan potentielt lede til flere konsultationer i almen praksis, og vil dermed også kunne mindske potentialet.

Kapacitet frigjort pba. effektivisering af konsultationer:

Med valid AI-drevet behandlingsrådgivning vil en læge angiveligt kunne diagnosticere hurtigere. I tidligere viste beregninger, omsættes denne tid til øget effektivitet. Med teknologiens udvikling vil algoritmerne blive mere præcise, hvorfor effektivisering potentielt kan blive endnu større. Da læger fortsat skal håndtere de reelle konsultationer, vil dette dog have en naturlig begrænsning.

Læger varierer i dag mellem komplekse og simple patienter. Nogle patienter vil derfor kunne håndteres hurtigere end den afsatte tid. Hvis flere af de simple patienter ledes uden om lægens konsultation, vil det primært være mere komplekse patienter der møder lægen. Selv med datastøtte fra den digitale triagering vil en forventet stigning i effektiviteten dermed kunne presse de praktiserende læger. Hvis denne udvikling ikke håndteres på en passende måde, vil det kunne føre til en modsatrettet effekt blandt praktiserende læger, og dermed et mindsket potentiale.

Den digitale fordør forventes yderligere at frigøre kapacitet:

Det beregnede potentiale tager udgangspunkt i kendte effekter ved digital triagering. Imidlertid kan digital triagering også mindske spild, såfremt patienter hurtigere kommer til rette læge og får rette behandling. Ydermere forventes funktioner som bookingsystemer, digitale receptfornyelser, tilgængelig information og selvhjælp at kunne frigøre yderligere kapacitet. Det fulde potentiale af den digitale fordør er derfor væsentligt større end de gevinster, som den digitale triagering alene leder til.



Indhold

1	Baggrund, formål og tilgang	Side 2
2	Resumé af potentialeberegninger	Side 4
3	Digital triagering	Side 5
4	Integrerede behandlingsforløb	Side 10
5	Afdeling for multisyge	Side 15
6	Hjemmeindlæggelse	Side 20
7	Faste læger i den kommunale sygepleje	Side 25
8	(Gen)indlæggelser	Side 30
9	Træning frem for operation	Side 35
10	Geriatrisk kompetenceløft	Side 40
11	App-støtte til diagnosticering	Side 45

Integrerede behandlingsforløb | Praktiserende læger med mere central rolle

Omstillingspotentiale: Opdelingen af patientansvar og budgetter for hhv. almen praksis, sygehuse og kommunale sundheds- og plejeindsatser kan besværliggøre samarbejde og medføre modstridende incitamentsstrukturer. Ved i højere grad at forankre behandlingsforløb ved de praktiserende læger kan der opnås bedre koordination og mulige synergieffekter på tværs, som potentielt kan betyde en markant reduktion af ressourcetrækket på sundhedsvæsenet.

Case: For at belyse potentialet ved mere integrerede behandlingsforløb tages der udgangspunkt i erfaringer fra Hälsostaden ('sundhedsbyen') i Sverige. Organiseringen af kommunale sundheds- og plejeindsatser, sygehus og almen praksis samles her under ét, og der forankres en koordinerende rolle ved de praktiserende læger. Almen praksis får således et større ansvar for koordinering af borgeres behandlingsforløb, samt varetagelse af aften- og weekend-åbne klinikker, der fungerer som erstatning for akutmodtagelse og/eller ambulatorier.

Målgruppe: Alle borgere, som har kontakt til sundhedsvæsenet.

Resultater fra Hälsostaden fra Ängelholm i Sverige

Der findes endnu kun få effektstudier på initiativerne fra Hälsostaden i Ängelholm. For at belyse potentialet ved integrerede indsatser inddrages derfor erfaringer fra andre udenlandske tiltag og publiceret forskning fra forsøg med integrerede behandlingsforløb. Der er to væsentlige resultater ved disse:

- En **reduktion i indlæggelser på sygehus**, da de mere koordinerede behandlingsforløb kan forebygge en forværring af patientens tilstand
- En **reduktion i ambulante ophold på sygehus**, da en række lavkomplekse opgaver omlægges til praktiserende læge



Ekstrapolering af potentialer til en national kontekst

Hvis der etableres integrerede behandlingsforløb med større koordinerende ansvar hos den praktiserende læge, vil det medføre en række gevinster:

- **National udbredelse af integrerede behandlingsforløb** sikrer bedre koordination af behandlingsforløb og mindsker spild i sundhedsvæsenet
- Mere koordinerede behandlingsforløb vil lede til **færre indlæggelser og akutte ophold**, hvilket frigør kapacitet
- Frigjort kapacitet kan omsættes til **frigjorte økonomiske ressourcer**, da indlæggelser og akutte ophold har en realomkostning i sygehusvæsenet.

Øvrige potentialer ved omstilling til integrerede behandlingsforløb

Omstilling til integrerede behandlingsforløb forankret hos praktiserende læger kan medføre afledte effekter:

- **Klinisk kvalitet:** Integrerede behandlingsforløb kan forbedre resultater ved at reducere mortalitet, antallet af ambulante ophold og antallet af indlæggelser
- **Patienttilfredshed:** Ved at lade sundhedsdata følge patienten på tværs af sektorer og skabe mere velkoordinerede patientforløb øges patienttilfredsheden.

Integrerede behandlingsforløb | Eksempel på beregning af økonomisk gevinst



Konklusion:

- En omstrukturering af sundhedsvæsenet til en model med mere integrerede behandlingsforløb kan potentielt frigøre 700 - 1.400 mio. DKK årligt.
- Den frigjorte gevinst afhænger af, at omkostninger på sygehuse ifm. indlæggelser og akutte ophold kan reduceres med 5-10 pct.

Beregning

Udgifter, sygehus

14.257 mio.
(DKK)



Pct. reduktion i
udgifter

5-10%



Årlige frigjorte
ressourcer (DKK)

700-1.400 mio.
(DKK)

Rationale

Effektstudier fra Hälsostaden viser, at integrerede behandlingsforløb skaber en reduktion i indlæggelser og akutte ophold.¹ Andre studier understøtter dette.^{2,3} For at fastslå det fulde potentiale ved national implementering af integrerede behandlingsforløb, tages der udgangspunkt i de samlede sygehusudgifter for indlæggelser og akutte ophold. Den største effekt forventes at være blandt ældre over 65 år, hvorfor fokus er på udgifter for denne gruppe = ~14.257 mio. DKK i 2022.⁴

EU konkluderer i en rapport fra 2018, at EKSOTE, som er et finsk projekt tilsvarende Hälsostaden, har medført en reduktion i omkostninger på 15 pct.² En metaanalyse fra 2020 viser, at 'Integrated Care Pathways' fører til en omkostningsreduktion på 8,8 pct. og at 'Integrated Care' i en europæisk sammenhæng medfører en 4,9 pct. reduktion i omkostninger.³ Selvom studierne ikke tager udgangspunkt i initiativer, der er 1:1 sammenlignelige med Hälsostaden, belyser disse, at et mere integreret sundhedsvæsen kan reducere omkostninger ved at behandle på mindre specialiserede niveauer og tættere på borgeren. Med afsæt i studierne estimeres et spænd for reducerede omkostninger på 5-10 pct.

Sammenholdes reduktionen i omkostninger med udgifter til indlæggelse og akutte ophold opnås en årlig nettobesparelse på 700 til 1.400 mio. DKK. Her tages ikke højde for implementeringsomkostninger ifm. omstilling af opgaveløsningen.

Integrerede behandlingsforløb | Øvrige gevinster

Integrerede behandlingsforløb omstiller ansvar til den primære sektor

Omstillingen til mere integrerede behandlingsforløb vil som beregnet frigive ressourcer. Da den demografiske udvikling øger efterspørgslen på sundhedsydelse på tværs af sundhedsvæsenet, vil de opnåede synergieffekter ofte kunne omsættes direkte til øget kapacitet. Dermed kan flere patienter behandles med samme ressourcer.

Integrerede behandlingsforløb omstiller en del af opgaveløsningen hos sygehuset til den primære sektor ved at give mere ansvar til den alment praktiserende læge. Erfaringerne fra Hälsostaden viser direkte, at man i højere grad er lykkedes med at tilbyde pleje på det rette niveau.¹ Det vil dog kræve en tilgang af alment praktiserende læger.

Velkoordinerede behandlingsforløb sikrer bedre kliniske resultater

En metaanalyse viser, at integrerede behandlingsforløb kan sikre bedre kliniske resultater, højere livskvalitet og lavere mortalitetsrater.² Dertil kommer, at velkoordinerede behandlingsforløb kan forbedre sektorovergangene mellem primær- og sekundærpleje. Bedre sektorovergange er forbundet med færre genindlæggelser og mindre behov for særlig pleje på bagkant af en indlæggelse for særligt udsatte grupper. Samlet set skaber integrerede behandlingsforløb således bedre kliniske resultater.

Frigjort kapacitet kan benyttes til at fremme lige adgang

Integrerede behandlingsforløb kan effektivisere det danske sygehusvæsen og dermed omfordele og finjustere brugen af de tilgængelige ressourcer.³ Den ekstra kapacitet kan strategisk anvendes til at adressere og nedbringe ventelister, hvilket effektivt kan øge tilgængelighed for en bredere befolkning.^{1,4}

Mere velkoordinerede behandlingsforløb sikrer ydermere, at patienterne hjælpes bedre igennem systemet. Patienterne skal i mindre grad selv kunne administrere forskellige sundhedskontakter, og der skabes dermed bedre adgang til sundhed for resourcesvage patienter

Ved at etablere et mere tilgængeligt og velkoordineret sygehusvæsen kan det i højere grad sikres, at borgere, uafhængigt af deres individuelle sundhedssituation, har en jævn og rettidig adgang til de sundhedsydelser, de behøver.

Bedre behandlingsforløb højner patienttilfredsheden

Patienterne vil gennem mere koordinerede forløb opleve en større sammenhæng i deres behandlingsforløb. De bedre behandlingsforløb med informationsdeling på tværs af sektorer må derfor forventes at øge patienttilfredsheden.

Integrerede behandlingsforløb | Forbehold for potentialeberegning

Ved vurderingen af de fulde potentiale ved integrerede behandlingsforløb med omstilling af opgaveløsning til lavere specialiseringsniveau, må der tages en række forbehold, som potentielt kan ændre de estimerede potentialer. Særligt er succesfuld implementering og mulighedsrummet for at opnå synergieffekter i en dansk kontekst afgørende for økonomien i en implementering af integrerede behandlingsforløb. De væsentligste betragtninger beskrives nedenfor.

Synergieffekter:

Integrerede behandlingsforløb har som mål at reducere fragmentering i sundhedsvæsenet, nedbryde isolerede arbejdsprocesser og sikre en patientcentreret behandling. Med stigende træk på sundhedsvæsenet, drevet af aldrende befolkning og en forøgelse af multisyge patienter, er der behov for bedre tværsektoriel kommunikation og en mere kontinuerlig pleje.¹ Integrerede behandlingsforløb håndterer disse udfordringer ved at mindske tværsektorielle barrierer, minimere overlap i opgaverne, bløde op for budgetter og forbedre koordination omkring patienter, der særligt skifter meget mellem sektorer.

Sammenlagt er forventningen, at det vil skabe synergieffekter i sundhedssystemet. Størrelsen af potentialet er dog dybt afhængigt af i hvor høj grad, man formår at skabe disse synergieffekter i en dansk kontekst. I beregningerne antages det med afsæt i forskning, at der ved fuld implementering kan spares 5-10 pct. af sygehusudgifterne til ældre patienter.

Specifikt afhænger potentialet af to ting: 1) Hvorvidt et dansk udgangspunkt adskiller sig fra de sammenlignelige sundhedsvæsenet, hvilket vil påvirke muligheden for forbedring, og 2) Hvor succesfuld en dansk implementering af initiativerne er.

Udgangspunkt:

Opnåelse af synergieffekter gennem integrerede behandlingsforløb afhænger af den nuværende danske kontekst. Ifølge EU er Danmark godt positioneret med lave barrierer, især på grund af moderne IT-strukturer, fælles standarder og høje kapabiliteter.¹ Dette kan betyde, at Danmark allerede er foran de lande, som studierne i beregningen beror på, hvilket kan reducere det økonomiske potentiale. Dog kan den danske konteksts styrker også føre til en styrkelse af effekterne fra integreret pleje. I så fald øges potentialet.

Implementering:

Potentialets størrelse afhænger af ambitionsniveauet og graden af succes i implementeringen.

I en dansk kontekst kan ambitionsniveauet enten være at implementere dele af initiativerne fra Hälsostaden, eller det kan være at bygge ovenpå initiativerne og skabe flere tiltag. Afhængig af ambitionen, vil det naturligvis påvirke størrelsen på potentialet.

Potentialet afhænger ydermere af, at initiativerne møder opbakning af beslutningstagere, sundhedsfaglige og borgere. De forskellige interessentgrupper skal være villige til at imødekomme ændringerne, såfremt det fulde potentiale skal opnås.



Indhold

1	Baggrund, formål og tilgang	Side 2
2	Resumé af potentialeberegninger	Side 4
3	Digital triagering	Side 5
4	Integrerede behandlingsforløb	Side 10
5	Afdeling for multisyge	Side 15
6	Hjemmeindlæggelse	Side 20
7	Faste læger i den kommunale sygepleje	Side 25
8	(Gen)indlæggelser	Side 30
9	Træning frem for operation	Side 35
10	Geriatrisk kompetenceløft	Side 40
11	App-støtte til diagnosticering	Side 45

Afdeling for multisyge | Behandling af multisyge på Nordsjællands Hospital

Omstillingspotentiale: Patienter med multisygdom har typisk komplekse behandlingsforløb på tværs af medicinske specialer og et stort medfølgende træk på sundhedsvæsenet. En omstilling af håndteringen af disse patienter på tværs af hospitalsafdelinger, vil derfor have et stort potentiale.

Case: For at belyse potentialet ved at skabe større fokus på multisyge patienters behandlingsforløb tages udgangspunkt i afdelingen for multisyge patienter på Nordsjællands Hospital. Her hjælpes multisyge patienter på en særskilt afdeling med styrkede almenmedicinske kompetencer, hvor der fokuseres på patientens fulde sygdomsbillede og sikres koordination på tværs af medicinske specialer.

Målgruppe: Multisyge patienter med særlig skrøbelighed¹ og behov for akut medicinsk pleje eller et koordinerende forløb med primær sektor. For at ekstrapolere til et fuldt nationalt potentiale inddrages alle multisyge patienter i Danmark.

Resultater fra afdelingen for multisyge

Afdelingen for multisyge på Nordsjællands hospital er under fortsat udvikling, og forventes først at være fuldt implementeret i 2024. Der findes derfor ingen effektstudier. Dog peger tidlige erfaringer fra afdelingen for multisyge på en relevant effekt:

- En reduktion i antallet af sengedage for patienter med multisyge.¹



Ekstrapolering af potentialer til en national kontekst

Hvis lignende afdelinger for multisyge implementeres på nationalt plan, vil det medføre en række gevinster:

- National udbredelse af afdelinger for multisyge vil reducere opholdstiden for multisyge patienter
- Reduceret opholdstid frigør kapacitet på sygehuse, da der bruges færre sengepladser
- Frigjort kapacitet kan også frigøre andre ressourcer (fx sygeplejersker).

Øvrige potentialer ved afdeling for multisyge

En afdeling for multisyge patienter kan have flere afledte effekter:

- **Klinisk kvalitet:** Ved at tage hensyn til multisyge patienters komplekse behandlingsforløb og sikre tværfaglig koordination i sektorovergange kan den kliniske kvalitet øges
- **Lige adgang:** Multisyge patienters varierede behov kan bedre imødekommes, med specialviden i komplekse behandlingsforløb.

Afdeling for multisyge | Eksempel på beregning af økonomisk gevinst



Konklusion:

- Afdelinger for multisyge har potentiale til at frigøre 600-1.300 mio. DKK årligt. Heri tages ikke hensyn til initiale implementeringsomkostninger.
- Besparselsen afhænger af, at man kan reducere antallet af sengedage pr. indlæggelse for multisyge med 1-2 dage

Beregning	Rationale
<p>Indlæggelser af multisyge</p> <p>87.982</p> <p>×</p>	<p>Samlet antal indlæggelser af multisyge patienter var i 2022 i alt 87.982 (ophold på sygehus med mere end 12 timers varighed).</p>
<p>Sparede sengedage</p> <p>1-2</p> <p>=</p>	<p>Tidlige erfaringer fra afdelingen for multisyge viser, at man kan sænke antallet af sengedage pr. indlæggelse.¹ Det antages, at der kan skabes en mindre reduktion i antallet af sengedage på 1-2 dage pr. indlæggelse.</p>
<p>Antal sparede sengedage</p> <p>90.000-180.000</p> <p>×</p>	<p>Ved at gange antal indlæggelser af multisyge med antallet af sparede sengedage i intervallet 1-2 dage fås det sparede årlige antal sengedage.</p>
<p>Pris pr. sengedage, multisyg</p> <p>7.143</p> <p>=</p>	<p>Den gennemsnitlige sygehusudgift pr. sengedag for multisyge var i 2022 opgjort til 9.344 DKK. Imidlertid indeholder denne pris også omkostningen ifm. operationer, hvilket ikke kan spares væk ved initiativet. Taksten for en sengedag for en gennemsnitlig borger er i 2023 opgjort til 4.941 DKK. Imidlertid er prisen på en sengedag for en multisyg dyrere end for en gennemsnitlig borger. Prisen pr. sengedag estimeres derfor som gennemsnittet mellem de to priser = 7.143 DKK.</p>
<p>Årlige frigjorte ressourcer (DKK)</p> <p>600-1.300 mio.</p>	<p>Den samlede årlige besparelse vurderes at være 600-1.300 mio. DKK. Her tages ikke højde for omkostningerne ifm. projektledelse o.l. ifm. implementeringen.</p>

Note: Tal afrundes

Kilder: Ekspertinterview; Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR); BCG analyse.

Afdeling for multisyge | Øvrige gevinster

Afdelinger for multisyge kan frigøre ressourcer i sundhedsvæsenet

Etablering af afdelinger for multisyge patienter på hospitalerne kan potentielt frigøre mellem 90.000-180.000 sengedage årligt. Hermed kan der potentielt frigøres 800-1.600 sygeplejersker. Det vil kræve specialiseret arbejdskraft at drive afdelinger for multisyge, men afdelingerne forventes samtidig at aflaste andre afdelinger. Det forventes derfor ikke, at der kræves ekstra ressourcer til driften. Med en stigende mangel på arbejdskraft på tværs af sundhedsvæsenet, skaber potentiel frigørelse af ressourcer ekstra værdi for sundhedsvæsenet.

Multisyge patienter vil opnå bedre kliniske resultater

En national udbredelse af afdelinger for multisyge kan styrke den kliniske kvalitet. Særligt fire perspektiver underbygger dette.

1) Multisyge patienter har komplekse behandlingsbehov, og ved at fokusere på deres samlede sygdomsbillede kan behandlingen optimeres. 2) Specialister i komplekse forløb kan tidligere identificere og behandle komplikationer, hvilket forbedrer prognosen. 3) Tværfagligt samarbejde i behandlingen kan sikre en mere dybdegående og helhedsorienteret behandlingsplan. 4) Kontinuerlig opfølgning og koordination kan reducere genindlæggelser og fremme patienternes sundhed. Samlet set sikrer dette, at multisyge behandles i overensstemmelse med deres konkrete behov, hvilket bidrager til forbedrede kliniske resultater.¹

Forståelse af individuelle behov styrker lige adgang

En national udbredelse af afdelinger for multisygdom kan styrke lige adgang til sundhed ved at fokusere på de individuelle behov hos multisyge patienter. I et specialiseret sundhedssystem kan disse patienters varierende behov ofte overses, og mindre optimalt behandling kan forekomme som resultat.

Afdelinger for multisyge sigter mod at tilpasse behandling til hver patients specifikke sygdomsbillede, hvilket sikrer præcis og effektiv behandling.

Afdeling for multisyge | Forbehold for potentialeberegning

Ved vurderingen af det fulde potentiale ift. national udbredelse af afdelinger for multisyge, må der tages en række forbehold. Det reelt sparede antal liggedage pr. indlæggelse og det reelle ressource forbrug pr. patient har således stor indflydelse på det samlede potentiale. De væsentligste betragtninger beskrives nedenfor.

Reduktion i antal sengedage:

Effektiv håndtering af multisyge patienter kræver specialiseret viden og koordination, både på tværs af specialer og på tværs af sektorer. Det særlige tværfaglige perspektiv vil dog have varierende relevans fra patient til patient.

Afdelinger for multisyge vil være særligt relevante for patienter, hvor det holistiske sygdomsbillede er altafgørende for patientens sygdomsforløb. Andre multisyge patienter kan dog have komplikationer, der overskygger hensyntagen til kontrol af de kroniske sygdomme. Disse kan potentielt hjælpes lige så godt på mere specialiserede afdelinger. Det samlede billede af disse patientforløb vil påvirke den estimerede reduktion i antal sengedage.

Da multisyge patienter har flere sideløbende kroniske sygdomsforløb, er der et stort behov for tværsektoriel kommunikation, særligt ved skifte fra pleje i en sektor til en anden. En dedikeret afdeling for multisyge vil opbygge ekspertise og netværk, der kan fremskynde overførslen af patienter til enten eget hjem eller andre plejetilbud. Potentialet for reduktion i antal sengedage vil i høj grad også afhænge af, hvor effektivt denne proces kan håndteres.

Omkostninger pr. sengedag:

I beregningen på forrige side tages udgangspunkt i en gennemsnitlig omkostning pr. sengedag for en patient med multisygdom. Det er dog muligt, at den primære reduktion i antal sengedage vil omfatte mindre syge patienter med deraf følgende færre omkostninger. Dette vil påvirke det samlede potentiale.



Indhold

1	Baggrund, formål og tilgang	Side 2
2	Resumé af potentialeberegninger	Side 4
3	Digital triagering	Side 5
4	Integrerede behandlingsforløb	Side 10
5	Afdeling for multisyge	Side 15
6	Hjemmeindlæggelse	Side 20
7	Faste læger i den kommunale sygepleje	Side 25
8	(Gen)indlæggelser	Side 30
9	Træning frem for operation	Side 35
10	Geriatrisk kompetenceløft	Side 40
11	App-støtte til diagnosticering	Side 45

Hjemmeindlæggelser | Sygehusindlæggelse af patienter i eget hjem

Omstillingspotentiale: En væsentlig del af sygehusindlagte patienter kan håndteres lige så godt eller bedre i deres eget hjem. Dette har stort potentiale til at reducere trækket på danske sygehuse og kan dermed skabe markante besparelser for sundhedsvæsenet.

Case: For at belyse potentialet af sygehusindlæggelse i eget hjem tages der udgangspunkt i en case fra Nordsjællands Hospital, hvor et forsøg med hjemmeindlæggelse af patienter blev initieret i 2022. Projektet tilbyder udvalgte patienter indlæggelse i eget hjem vha. videokonsultationer, selvmonitorering og fjernovervågning. Sundhedsdata overvåges live fra hospitalsafdelingen, som også beholder behandlingsansvaret.

Målgruppe: Stabile patienter med kendt diagnose og formodning om et simpelt behandlingsforløb, der selv ønsker hjemmebehandling.

Resultater fra projektet om hjemmebehandling

Der findes endnu ikke effektstudier på hjemmebehandling af patienter fra projektet på Nordsjællands Hospital. For at belyse potentialet ved hjemmebehandling inddrages derfor erfaringer fra andre danske tiltag og publiceret forskning fra internationale forsøg med hjemmebehandling. Der er to væsentlige resultater ved sygehusindlæggelse af patienter i eget hjem:

- En **reduktion i indlæggelser på sygehuset**, da patienter varetages i eget hjem
- En **besparelse**, da indlæggelser i eget hjem er billigere end indlæggelser på hospitalet.



Ekstrapolering af potentialer til en national kontekst

Hvis lignende hjemmebehandlingstiltag implementeres på nationalt plan, vil det medføre en række gevinster:

- Der vil være **økonomiske besparelser**, da hjemmebehandling er billigere end traditionel behandling
- National udbredelse af hjemmebehandling vil reducere antallet af indlæggelser og dermed **frigøre kapacitet**

Øvrige potentialer ved hjemmebehandling:

Håndtering af patienter i eget hjem har flere afledte effekter, herunder:

- **Klinisk kvalitet:** Hjemmeindlæggelser kan forbedre resultater ved at reducere mortalitet, antallet af genindlæggelser og antallet af sengedage. Desuden kan kontinuerlig selvmonitorering sikre tidlig identifikation ved forværring.
- **Patienttilfredshed:** Hjemmebehandling kan påvist forbedre patientoplevelsen, da patienten modtager behandling i hjemmets trygge og velkendte omgivelser. Pårørende får herudover mulighed for at tage en mere aktiv del i plejeprocessen.

Kilde: 1. National Library of Medicine, 2023, 'Hospitalisation at Home of Patients with COVID-19: A Qualitative Study of User Experiences'; 2. Cochrane library, 2016, 'Admission avoidance hospital at home'; 3. Oxford Academy, 2022, 'Is comprehensive geriatric assessment hospital at home a cost-effective alternative to hospital admission for older people?'; 4. BMJ Open, 2023, 'Proportion of medical admissions that may be hospitalised at home and their service utilisation patterns: a single-centre, descriptive retrospective cohort study in Singapore'; BCG analyse.21

Hjemmeindlæggelser | Eksempel på beregning af økonomisk gevinst



Konklusion:

- Hjemmebehandling kan potentielt frigøre 300 - 800 mio. kroner årligt. Heri tages ikke hensyn til implementeringsomkostningerne ifm. projektledelse o.l.
- Besparelsen afhænger af, at 15-20 pct. af behandlinger på sygehuse kan flyttes til patienternes egne hjem med en besparelse på 20-30 pct. pr. flyttet patient

Beregning

Indlæggelser	762.706
×	×
Andel mulige hjemmeindlæggelser	10 - 18%
=	=
Total mulige hjemmeindlæggelser	76.000-137.000
×	×
Besparelse pr. hjemmeindlæggelse	10 - 15%
×	×
Pris pr. indlæggelse	37.600
=	=
Årlige frigjorte ressourcer (DKK)	300-800 mio.

Rationale

Udgangspunktet for beregningen er det samlede antal indlæggelser. Der blev i 2022 registreret 762.706 indlæggelser i Danmark (ophold på sygehus med mere end 12 timers varighed).

Et studie af 124.253 behandlingsforløb i Singapore¹ viser, at 18 pct. af indlæggelser kan flyttes til hjemmet. En behandling kan ifølge studiet flyttes, hvis behandlingen kan foregå i hjemmet og patienten er i stand til og accepterer hjemmebehandling. NHS i England sigter mod at have 20 pct. af indlæggelser som hjemmebehandling.² DK, UK og SG har et sammenligneligt antal hospitalsenge pr. borger.³ Meget konservativt estimeres, at 10-18 pct. af danske indlæggelser kan foregå hjemme

Antallet af årlige mulige hjemmeindlæggelser ved flytning af hhv. 10 og 18 pct. af indlæggelser fra sygehus til hjemmet.

eHospitalet i DK har konkluderet, at hjemmebehandling er 23-36 pct. billigere end behandling på sygehus. Til sammenligning viser to engelske forskningsstudier mindre besparelser ved hjemmebehandling (13-21 pct.).^{4,5} På baggrund af dette estimeres hjemmebehandling i Danmark meget konservativt til potentielt at være 10-15 pct. billigere end en tilsvarende behandling på sygehus. Den procentuelle besparelse tager højde for omkostningerne ved en hjemmebehandling.

Prisen på en indlæggelse i Danmark er ~44.000 DKK. Imidlertid inkluderer denne pris også ophold, der ikke kan flyttes til hjemmet. eHospitalets undersøgelse af DRG-takster for behandlinger, der kan flyttes til hjemmet viser, at prisen her er 37.600 DKK pr. indlæggelse.

Sparrede omkostninger pr. hjemmeindlæggelse sammenholdt med totale antal indlæggelser giver en årlig nettobesparelse på 300 til 800 mio. DKK. Her tages højde for omkostninger ved hjemmebehandlingen, men ikke projektledelse o.l. ifm. implementeringen.

Hjemmeindlæggelser | Øvrige gevinster

Hjemmeindlagte patienter frigør sygehusressourcer

Hjemmeindlæggelser kan potentielt frigøre mellem 220.000 - 400.000 sengedage årligt på offentlige sygehuse. Opgørelsen tager udgangspunkt i, at hjemmeindlagte patienter ellers ville have havde ligget på hospitalet i cirka tre dage.

Det er dog vigtigt at bemærke, at der fortsat vil blive brugt ressourcer på hjemmeindlæggelser, herunder læger, sygeplejersker og udstyr. Det betyder, at de frigjorte sengedage ikke direkte kan erstattes med nye patientindlæggelser 1:1. Dog vil hjemmeindlagte patienter generelt kræve færre ressourcer, hvilket fører til en mere effektiv brug af sundhedsvæsenets midler.

Behandling i hjemmet skaber bedre kliniske resultater

Internationale studier viser, at hjemmeindlæggelser kan reducere mortaliteten for patienterne, minimere antallet af genindlæggelser og forkorte indlæggelsesperioden.^{1,2} Desuden er metoden med til at sikre en mere central rolle for patienten i dennes egen helbredelsesproces, hvor den aktive deltagelse i fx monitorering øger patientens engagement i behandlingen.

Dette kombineret med den kontinuerlige selvmonitorering ved hjælp af digitale værktøjer, sikrer hurtig identifikation af eventuelle forværringer. Derudover tilbyder hjemmeindlæggelser en mere integreret overgang fra sygehus til kommunal sygepleje, især for ældre patienter. Samlet set oplever hjemmeindlagte patienter behandling i hjemmet som positiv for deres bedring.³

Trygheden ved de kendte rammer i eget hjem skaber en bedre patientoplevelse

Hjemmebehandling kan øge patienttilfredsheden på to måder: 1) Velkendte rammer i hjemmet skaber komfort og tryghed for patienterne, og 2) Pårørende får bedre mulighed for at være en integreret del af plejeprocessen, hvilket kan være en markant støtte for især ældre patienter.

Forskning understøtter, at hjemmebehandling øger patienttilfredshed. Eksempelvis har to forskellige studier fra Storbritannien demonstreret op til 87 pct. tilfredshed med at være indlagt i eget hjem frem for på et sygehus.^{2,3} Et dansk studie viser også, at tidlig udskrivelse til hjemmet er mindre belastende for de pårørende.⁴

Hjemmeindlæggelser | Forbehold for potentialeberegning

Ved vurderingen af de fulde potentialer for indlæggelse af patienter i eget hjem, må der tages en række forbehold, som potentielt kan ændre de estimerede potentialer. S sammensætningen af den reelt "flyttede" patientgruppe vil bl.a. påvirke både antal patienter i målgruppen og deres hospitalsomkostninger. De væsentligste betragtninger beskrives nedenfor.

Antallet af hjemmebehandlinger:

Flytning af 10-18 pct. af behandlingerne fra sygehuset til hjemmet hviler på tre afgørende faktorer: 1) At behandlingen kan foregå i hjemmet, 2) At borgeren er i stand til at indgå i behandling i hjemmet, herunder at borgeren kan klare selvmonitorering, og 3) At borgeren accepterer at blive indlagt i hjemmet.

Hvor punkt et og to afhænger særligt af den teknologiske udvikling, kræver punkt to og tre en kulturel ændring. Både klinikere og patienter skal have tiltro til patientsikkerheden, før en bred udbredelse kan forventes. Dermed er den brede implementering også særlig sårbar overfor behandlingsfejl. Samlet kan disse perspektiver strække tidshorizonten, før det fulde potentiale kan opnås.

I takt med en øget udbredelse, må der dog også forventes en bedre klinisk vurdering af behandlingsforløb, der kan foregå i hjemmet. Over tid afhænger potentialet derfor af, om patientgruppen primært omfatter fx postoperative patienter, eller om den udvides til palliativ behandling, kronikere m.m. Mere bredde skaber større besparelse. Andelen af hospitalsbehandlinger, som bliver håndteret i hjemmet, er derfor direkte proportionel med potentialet.

Omkostninger sparet for hver patient der flyttes til eget hjem:

Den opnåede besparelse for hver hjemmeindlæggelse vil påvirkes af to faktorer: 1) Omkostningerne ved den type behandling, der flyttes, og 2) Hvor store omkostninger, der fortsat må dækkes, for at patienten kan håndteres i eget hjem.

Såfremt der reelt kun flyttes lette og dermed 'billigere' behandlingsforløb til hjemmet, vil den egentlige besparelse blive mindre end det gennemsnitlige omkostningsniveau, der er grundlaget for beregningerne.

Det er desuden afgørende for besparelsen, at patienter kan varetage selvmonitorering og dermed ikke har særligt behov for fx støtte af kommunal sygepleje. Des mere støtte patienten kræver ved hjemmeindlæggelsen, evt. håndteret af hjemmeplejen og dermed det kommunale budget, des mindre vil den samlede samfundsmæssige økonomiske gevinst være.

Antal sengedage:

Det antages, at den gennemsnitlige indlæggelsestid på sygehuset afspejler tiden for hjemmeindlæggelser. Hvis den type indlæggelser der kan flyttes til hjemmet reelt er kortere eller længere, ændres det sparede antal sengedage og dermed potentialet.



Indhold

1	Baggrund, formål og tilgang	Side 2
2	Resumé af potentialeberegninger	Side 4
3	Digital triagering	Side 5
4	Integrerede behandlingsforløb	Side 10
5	Afdeling for multisyge	Side 15
6	Hjemmeindlæggelse	Side 20
7	Faste læger i den kommunale sygepleje	Side 25
8	(Gen)indlæggelser	Side 30
9	Træning frem for operation	Side 35
10	Geriatrisk kompetenceløft	Side 40
11	App-støtte til diagnosticering	Side 45

Faste læger i den kommunale sygepleje | Faste læger i kom. sygeplejedistrikt

Omstillingspotentiale: Plejehjemslægeordningen har vist, at en fasttilknyttet læge kan skabe bedre koordinering af pleje, højne lægens erfaring med målgruppen og sikre et mere nært patient-læge forhold, hvilket samlet kan reducere antallet af indlæggelser. Med den forventede vækst i antallet af ældre, kan udbredelsen af denne ordning til fx modtagere af kommunal sygepleje, have et stort potentiale.

Case: For at belyse potentialet ved fasttilknyttet læge for modtagere af kommunal sygepleje indenfor et sygeplejedistrikt tages udgangspunkt i erfaringerne med faste plejehjemslæger. Ved ekstrapolering af målgruppen forventes, at en fasttilknyttet læge sikrer bedre koordinering ift. plejepersonalet, samt at regelmæssige hjemmebesøg skaber et mere nært patient-læge forhold og højner lægens erfaring med sårbare borgere, der modtager kommunal sygepleje.

Målgruppe: Borgere over 65 år, der modtager kommunal sygepleje i eget hjem og har mindst én indlæggelse i opgørelsesåret. Da dette er en bred målgruppe, indsnævres andelen til et estimat af de mest sårbare i målgruppen.

Resultater fra fasttilknyttede plejehjemslæger

Der er lavet effektstudier af fasttilknyttede alment praktiserende læger på plejehjem i en dansk kontekst. Der er bl.a. målt effekt på et pilotstudie og lavet studier på plejehjem i Aarhus Kommune.^{1,2} Studierne peger på to direkte effekter ved fasttilknyttede læger på plejehjem:

- En reduktion i antallet af genindlæggelser på sygehus
- En reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser på sygehus



Ekstrapolering af potentialer til en national kontekst

Fasttilknyttede læger til borgere, der modtager kommunal sygepleje, og har haft mindst én indlæggelse inden for et år, vil medføre en række gevinster:

- National udbredelse af faste læger iden kommunale sygepleje vil sikre bedre koordinering af behandlingsforløb
- Bedre koordinerede behandlingsforløb vil lede til færre indlæggelser, hvilket frigør kapacitet på danske sygehuse
- Frigjort kapacitet kan omsættes til økonomisk gevinst, da indlæggelser har en realomkostning i sygehusvæsenet.

Øvrige potentialer ved fasttilknyttede læger i kom. sygeplejedistrikt

Fasttilknyttede læger for borgere over 65 år, som modtager kommunal sygepleje og har haft mindst én indlæggelse det foregående år, kan medføre flere afledte effekter:

- **Klinisk kvalitet:** Kontinuitet og bedre koordinering af pleje vil lede til bedre opsporing af behandlingsbehov, hvilket leder til bedre kliniske resultater; desuden vil det kommunale plejepersonale være bedre rustet til at støtte patienten med et fast lægefagligt kontaktpunkt
- **Patienttilfredshed:** En fasttilknyttet læge sikrer et mere nært patient-læge forhold og højner dermed patienttilfredsheden.

Note: I potentialet bruges vendinger som "fasttilknyttet læge" og "faste læger". Det vedrører sig læger, der besøger borgeren med faste intervaller uanset borgerens tilstand, og er derfor ikke at forveksle med en almindelig alment praktiserende læge, som kun besøges ved særskilt behov for udredning eller opfølgning. Kilder: 1. Ugeskriftet for læger, 2019, Faste plejehjemslæger giver bedre behandling til ældre; 2. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2022, Health care utilization related to the introduction of designated GPs at care homes in Denmark;BCG analyse.

Faste læger i den kom. sygepleje | Eksempel på beregning af økonomisk gevinst



Konklusion:

- Faste læger i den kommunale sygepleje kan potentielt frigøre 475-750 mio. DKK årligt.
- Den frigjorte økonomiske gevinst afhænger af, at man kan reducere antal indlæggelser med 5-10 pct.

Beregning

Indlæggelser	195.914
×	×
Pct. reduktion i antal indlæggelser	5-10%
=	=
Antal sparede ophold	~10.000-20.000
×	×
Pris pr. ophold, DÆMP	46.350
−	−
Driftsomkost. ved fasttilknyttede læger	~85-125 mio.
=	=
Årlige frigjorte ressourcer (DKK)	475-750 mio.

Rationale

Udgangspunktet for beregningen er det samlede antal indlæggelser blandt personer over 65 år, der modtager kommunal sygepleje - i alt 195.914 i 2021.¹ Kommunal sygepleje modtages af en bred gruppe borgere. Det er ikke forventningen, at alle disse borgere vil have en gavnlige effekt af en fasttilknyttet læge. Potentialet fokuserer på de mest sårbare borgere, der modtager sygeplejeindsatser, hvorfor kun borgere, der har været indlagt mindst én gang det forgange år, medtages.

Effektstudier af pilotprojektet for fasttilknyttede plejehjemslæger peger på, at en fast plejehjemslæge reducerer forebyggelige indlæggelser med 28 pct. og genindlæggelser med 27 pct.² Et dansk studie finder, at initiativet fører til en reduktion af indlæggelser på 15 pct.³ Da modtagere af kommunal sygepleje generelt er mere selvhjulpne end borgere på plejehjem, forventes kun de mest sårbare i målgruppen at hjælpes af indsatsen. Derfor estimeres et konservativt interval på 5-10 pct.

Antallet af årligt sparede ophold på sygehus for patienter på over 65 år, som modtager kommunal sygepleje og har haft mindst én indlæggelse det sidste år, beregnes ved at sammenholde den procentuelle reduktion i antal indlæggelser med antallet af indlæggelser for målgruppen.

For at vurdere den mulige økonomiske ressourcefrigørelse inddrages omkostningen pr. ophold for en ældre medicinsk patient som en approksimation - 46.350 DKK. i 2022.

Der var afsat 100 mio. til faste plejehjemslæger på en 4-årig periode, hvilket giver 25 mio. årligt. Der er dobbelt så mange i målgruppen af modtagere af kommunal sygepleje. Lægen skal fortsat ud i borgerens hjem, da en forståelse for hjemmets vilkår fremmer behandlingen, og der vil således være mere transporttid. Dog vil helbredet forventeligt være bedre for borgerne. Samlet antages at en læges effektivitet er nedsat til 40-60 pct. ift. læger på plejehjem, hvilket giver driftsomkostninger for 85-125. mio.

Den samlede årlige nettobesparelse vurderes at være 475-750 mio. DKK. Dette tager ikke hensyn til implementeringsomkostninger til fx projektledeelse o.l.

Faste læger i den kommunale sygepleje | Øvrige gevinster

Fasttilknyttede læger frigør ressourcer

Etablering af fasttilknyttede læger for borgere der modtager kommunal sygepleje, der besøger målgruppen med faste intervaller, kan potentielt frigøre 10.000-20.000 årlige sygehusophold, hvilket kan frigøre sundhedsfagligt personale på hospitalerne.

Initiativet kræver dog ressourcer ifm. større tilknytning af praktiserende læger til bestemte borgere og dermed et større træk på den primære sektor.¹ Samlet betyder det, at initiativet omstiller til behandling på et lavere specialiseringsniveau.

Kontinuitet i plejen sikrer bedre kliniske resultater

Fasttilknyttede læger for borgere, der modtager kommunal sygepleje og har været indlagt, sikrer kontinuitet i behandlingen. Dermed kan lægen bedre forstå borgerens særlige situation, hvilket fremmer den kliniske kvalitet og øger borgerens generelle sundhedstilstand.

Specifikt kan regelmæssig interaktion mellem alment praktiserende læger og patienter forventeligt bidrage til at understøtte tidlig opsporing af helbredsproblemer. En bedre koordination af sygeplejen og plejen generelt, kan forventeligt understøtte en bedre behandling. Samlet set skaber dette bedre klinisk kvalitet.² Derudover kan en fast læge bistå den kommunale sygepleje i behandlingen af patienten og dermed løfte kompetencer og forståelse af borgernes sundhedstilstand.

Et studie i Norge viser ydermere, at kontinuitet i pleje er associeret med bedre kliniske resultater, herunder lavere mortalitet og færre ambulante hospitalskontakter.³ Samlet set forbedrer fasttilknyttede læger de kliniske resultater.

Et nært patient-læge forhold højner patienttilfredsheden

Patienter, der modtager kommunale sygeplejeindsatser, kan opleve at møde mange forskellige personer fra den kommunale sygepleje. En fasttilknyttet læge, som besøger patienten med faste intervaller, sikrer kontinuitet i plejen af patienten. Den kontinuerlige pleje og lægernes bedre indsigt i målgruppen, sikrer et mere nært patient-læge forhold og dermed en højere patienttilfredshed.

Kilder: 1. Ugeskriftet for læger, 2019, Faste plejehjemslæger giver bedre behandling til ældre, 2. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2022, Full article: Health care utilization related to the introduction of designated GPs at care homes in Denmark: a register-based study, 3. PubMed, 2022, Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway; BCG analyse

Faste læger i den kommunale sygepleje | Forbehold for potentialeberegning

Ved vurderingen af de fulde potentialer for fasttilknyttede læger for sårbare modtagere af kommunal sygepleje over 65 år, som har været indlagt det seneste år, må der tages en række forbehold, som potentielt kan ændre de estimerede potentialer. Målgruppens størrelse og resultaternes overførbare mellem målgrupper er afgørende for potentialet. De væsentligste betragtninger beskrives nedenfor.

Målgruppens størrelse:

Beregningerne bygger på en ekstrapolering fra beboere på plejehjem til den specifikke målgruppe af modtagere af kommunal sygepleje for denne beregning. Målgruppens størrelse afhænger derfor af et skøn ift. den andel af modtagere af kommunal sygepleje, som kan ventes at kunne hjælpes af ordningen. Potentialet vil således blive reduceret, hvis initiativet viser sig at være relevant for en mindre målgruppe. Imidlertid kan initiativet også ekstrapoleres yderligere til andre borgere, der bor på institutioner med organisatorisk lighed til plejehjem, fx botilbud. Dette vil styrke potentialet.

I beregningerne er det antaget, at der vil være tilgængelige alment praktiserende læger. Tilgængeligheden af praktiserende læger kan således være en begrænsende faktor for hvor mange patienter, der kan få fast besøg af en læge, og dermed også størrelsen på potentialet.

Reduktion i antal indlæggelser:

Studier viser, at fasttilknyttede læger på plejehjem reducerer antallet af indlæggelser, især de forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser. Dog anvendes denne effekt på en ny målgruppe, hvor fokus er på indlæggelser. Hvis den faktiske effekt varierer fra det undersøgte spænd, vil det påvirke potentialets omfang.

Pris på indlæggelser:

Beregningen bruger prisen for et gennemsnitligt ophold for den ældre medicinske patient som en indikator for målgruppens gennemsnitlige opholdspris. Ændringer i denne antagelse vil påvirke potentialet.

Opholdsprisen kan variere med den reelle sammensætning af de undgåede indlæggelser. Hvis fasttilknyttede læger primært forhindrer simple indlæggelser, vil opholdsprisen for målgruppen således være mindre end gennemsnittet, og potentialet kan dermed være mindre.

Omkostninger forbundet med at have fasttilknyttede læger:

Omkostningerne ved regelmæssige lægebesøg for målgruppen bestemmes af to hovedfaktorer: 1) Antallet af patienter en læge kan besøge dagligt, og 2) Besøgsfrekvensen pr. patient.

Estimaterne baseres på omkostninger fra plejehjem justeret for effektivitetstab ved transport. Omkostningerne vil variere, hvis lægerne kan besøge flere eller færre patienter end forventet, samt om patienterne i nogen omfang kan møde op ved lægen. Ligeledes vil ændringer i intervallet mellem besøg påvirke omkostningerne. Omkostningerne og dermed potentialet afhænger derfor af transporttid og det estimerede behov for antal besøg i en given tidsperiode.



Indhold

1	Baggrund, formål og tilgang	Side 2
2	Resumé af potentialeberegninger	Side 4
3	Digital triagering	Side 5
4	Integrerede behandlingsforløb	Side 10
5	Afdeling for multisyge	Side 15
6	Hjemmeindlæggelse	Side 20
7	Faste læger i den kommunale sygepleje	Side 25
8	(Gen)indlæggelser	Side 30
9	Træning frem for operation	Side 35
10	Geriatrisk kompetenceløft	Side 40
11	App-støtte til diagnosticering	Side 45

Genindlæggelser | Forebyggelse af (gen)indlæggelser i Aalborg Kommune

Omstillingspotentiale: Genindlæggelser af ældre patienter indebærer et betydeligt ressourcetræk på det danske sygehusvæsen. Da den ældre del af befolkningen forventes at vokse, er der et væsentligt potentiale ved initiativer, der kan mindske antallet af genindlæggelser.

Case: For at belyse potentialet ved en øget indsats mod genindlæggelser, tages udgangspunkt i et tværsektorielt projekt i Aalborg Kommune. Her førte samarbejde og tværsektoriel sparring til bedre koordinering af patientforløb for ældre medicinske patienter, der har betydet reduktion i genindlæggelser.

Målgruppe: Alle patienter over 65 år i risiko for genindlæggelse. En genindlæggelse defineres som en indlæggelse, der starter akut, og finder sted inden for 30 dage af udskrivelsen fra en primærindlæggelse

Resultater fra forebyggelse af genindlæggelser i Aalborg

Der er ikke gennemført økonomiske effektstudier af pilotprojektet i Aalborg. Imidlertid blev der observeret et fald i antallet af genindlæggelser for ældre skrøbelige medicinske patienter på +65 år efter interventionen. Specifikt identificeredes følgende effekter:

- En markant reduktion i antallet af genindlæggelser i interventionsperioden sammenlignet med året forinden¹

Ekstrapolering af potentialer til en national kontekst

Hvis lignende tiltag til forebyggelse af genindlæggelser implementeres på nationalt plan, vil det medføre en række gevinster:

- National udbredelse af initiativerne vil reducere genindlæggelser af ældre på de danske sygehuse
- Færre genindlæggelser frigør kapacitet på sygehuse, da der bruges færre sengepladser
- Frigjort kapacitet kan omsættes til frigørelse af økonomiske ressourcer, pga. senedages realomkostning

Øvrige potentialer ved forebyggelse af genindlæggelser af ældre:

Bedre forebyggelse af genindlæggelser kan have afledte effekter, herunder:

- **Klinisk kvalitet:** Forbedret tværsektoriel koordinering og fokus på genindlæggelser skaber bedre vilkår for patienter efter udskrivelse, hvor der foruden en reduceret sandsynlighed for genindlæggelse også er en reduceret sandsynlighed for behov for hjemmepleje.
- **Patienttilfredshed:** Velkoordinerede patientforløb mellem sektorer øger patienttilfredsheden hos patienterne.

Genindlæggelser | Eksempel på beregning af økonomisk gevinst



Konklusion:

- Forebyggelse af genindlæggelser af ældre borgere over 65 år har potentiale til at frigøre 255-435 mio. kroner årligt
- Besparselsen afhænger af, at man kan reducere antallet af genindlæggelser for alle ældre over 65 år med 15-25 pct.

Beregning		Rationale
Antal genindlæggelser, +65 år	41.535	For at bestemme det fulde potentiale for national implementering af forebyggelse af genindlæggelser, defineres det samlede antal genindlæggelser for patienter over 65 år - i alt 41.535 genindlæggelser i 2022. ^{1,2}
×	×	
Pct. reduktion i genindlæggelser	15-25%	Pilotprojektet i Aalborg Kommune viste en reduktion på 20 pct. i antal genindlæggelser af ældre medicinske patienter i 2019 sammenlignet med samme periode i 2018. ³ Da reduktionen i antal genindlæggelser afhænger af initiativernes potentielt varierende effekt på tværs af kommuner, anvendes her et spænd på 15-25 pct.
=	=	
Total sparede genindlæggelser	6.000 - 10.000	Antallet af årlige sparede genindlæggelser beregnes som hhv. 15 og 25 pct. af det samlede antal genindlæggelser.
×	×	
Gns. pris pr. indlæggelse, DÆMP	46.350	For at beregne det samlede økonomiske potentiale sammenholdes de gennemsnitlige omkostninger pr. indlæggelse med antallet af sparede indlæggelser. Da der ikke foreligger data vedr. omkostninger pr. genindlæggelse, tages udgangspunkt i en generel indlæggelse for ældre patienter, som er opgjort til 46.350 DKK i 2022.
−	−	
Omk. ifm. fokus på genindlæggelser	25 mio.	Omkostningerne tager højde for ansættelse af forløbskoordinerende sygeplejersker. Det antages, at der skal ansættes en sygeplejerske ekstra pr. hospital, og at sygeplejersken modtager den gennemsnitlige løn for faggruppen.
=	=	
Årlige frigjorte ressourcer (DKK)	255-435 mio.	Den samlede årlige besparelse vurderes at være 255-435 mil. DKK. Her tages der ikke højde for implementeringsomkostninger, fx projektledelse.

Note: Tal afrundes

Kilder: 1. 30-dages akutte somatiske og psykiske genindlæggelser; 2. Sundhedsdatastyrelsen; 3. Region Nordjylland, 2019, Succes med pilotprojekt: Færre patienter skal være kastebolde (rn.dk); Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR); BCG analyse.

Genindlæggelser | Øvrige gevinster

Forebyggelse af genindlæggelser frigør kapacitet

Reduktion i genindlæggelser af ældre patienter over 65 år kan frigøre mellem 40.000 og 70.000 sengedage pr. år på offentlige sygehuse. Frigjort kapacitet vil forventeligt omsættes til andre patientforløb, herunder et stigende antal ældre patienter over 65 år.

Fokus på forebyggelse af genindlæggelser stiller patienter bedre efter udskrivelse

Færre genindlæggelser er i sig selv et styrket klinisk resultat, der forbedrer vilkårene for de patienter, der ellers var blevet genindlagt. En reduktion i genindlæggelser er dog ikke den eneste effekt, der peger på bedre kliniske resultater. Et styrket fokus på genindlæggelser kan også reducere behovet for hjemmepleje efter udskrivelse blandt ældre patienter, jf. erfaringer fra Aalborg kommune. Bedre koordinering i sektorovergang mellem kommuner, almen praksis og sygehuse kan reducere behovet for hjemmepleje for den ældre patient og giver derigennem anledning til, at patienten i højere grad selvstændigt kan varetage egne behov.¹

Ældre patienter oplever bedre koordination i indsatser og højere patienttilfredshed

En målrettet indsats for at reducere genindlæggelser kan øge patienttilfredsheden. Aalborg kommunes initiativ 'Sammen om forebyggelse af genindlæggelser' har demonstreret, at koordinering mellem primær og sekundærsektor sikrer sammenhængende patientforløb. Dette fører ikke kun til velkoordinerede forløb, men også til øget patienttilfredshed. Gennem tværsektorielt samarbejde kan sundhedspersonalet bedre adressere individuelle patientbehov, sikre skræddersyet støtte og garantere kvalificeret pleje og behandling.²

Genindlæggelser | Forbehold for potentialeberegning

Ved vurderingen af det fulde potentiale ved reduktion af genindlæggelser, må der tages en række forbehold, som potentielt kan ændre de estimerede potentialer. Definition af målgruppen vil således have betydning for både andelen af genindlæggelser, der kan reduceres, og omkostningerne ved en undgået genindlæggelse. De væsentligste betragtninger beskrives nedenfor.

Målgruppens størrelse:

Den nærmere definition af målgruppen for indsatsen mod genindlæggelser vil påvirke det estimerede potentiale. Det oprindelige projekt fokuserede specifikt på skrøbelige ældre medicinske patienter. Da genindlæggelser er en udfordring for flere målgrupper, fx patienter med kronisk sygdom eller multisygdom, kan indsatsen potentielt bredes ud til øvrige målgrupper, men vil dog medføre en mindre skræddersyet tilgang, hvorfor man kan forvente, at succesraten vil falde. Potentialer ved videre udbredelse af det tværsektorielle arbejde er dog vist - eksempelvis ses stor succes med at reducere genindlæggelser blandt borgere med demens i Aalborg kommune.¹

Reduktion i antal genindlæggelser:

En reduktion på 15-25 pct. af genindlæggelserne hviler på to afgørende faktorer: 1) At implementering af initiativet på landets hospitalsafdelinger er vellykket, og 2) At implementering af initiativet realiserer den forventede effekt. For punkt et kræves særligt kompetenceudvikling på hospitalsafdelinger, herunder afdelinger med høj risiko for genindlæggelse. Derudover forudsætter implementering både ledelsesmæssig og tværsektoriel støtte, herunder fx ansættelse af forløbskoordinerende sygeplejersker, ændrede arbejdsprocesser og udvidet tværsektorielt samarbejde.

Vedrørende punkt to har der allerede i Aalborg været succes med at fastholde et lavere antal genindlæggelser, men der kan forventes en vis variation på tværs af kommuner. Størrelsen af potentialet vil derfor afhænge af den lokale implementering af initiativet.

Pris pr. genindlæggelse:

Det antages, at udgifter til en genindlæggelse afspejler en standardindlæggelse for ældre patienter, idet disse ofte sker uden operation. Hvis genindlæggelser reelt er mere eller mindre omkostningstunge, da ændres potentialet.

Yderligere kan øvrige målgrupper for initiativet resultere i andre udgifter pr. indlæggelse. Eksempelvis vil geriatriske patienter typisk drive højere udgifter, mens patienter med multisygdom kan være billigere at varetage end ældre patienter.²



Indhold

1	Baggrund, formål og tilgang	Side 2
2	Resumé af potentialeberegninger	Side 4
3	Digital triagering	Side 5
4	Integrerede behandlingsforløb	Side 10
5	Afdeling for multisyge	Side 15
6	Hjemmeindlæggelse	Side 20
7	Faste læger i den kommunale sygepleje	Side 25
8	(Gen)indlæggelser	Side 30
9	Træning frem for operation	Side 35
10	Geriatrisk kompetenceløft	Side 40
11	App-støtte til diagnosticering	Side 45

Træning frem for operation | Træningsprogram til patienter med slidgigt

Omstillingspotentiale: En væsentlig del af de knæ- og hofteoperationer, som udføres på patienter med slidgigt, kan undgås ved at patienten træner. Dette har potentiale til at skabe besparelser og sikre en højere livskvalitet hos de patienter, der undgår at operation.

Case: For at belyse potentialet ved træning frem for operation bruges casen om GLA:D, der er et træningsprogram for slidgigtpatienter, som lader patienten følge træningen fra hjemmet eller til holdtræning. Patienter kan deltage via sundhedsfaglig henvisning eller ved direkte tilmelding hos en privat udbyder.

Målgruppe: Patienter med slidgigt i knæ eller hofte, som oplever smerter eller funktionsnedsættelse, og hvis kroniske smerter ikke er symptomer på andre lidelser end slidgigt.

Resultater fra træningsprogrammet GLA:D

GLA:D har været benyttet i næsten et årti, og forskere har undersøgt betydningen for deltagerne ift. patienttilfredshed, livskvalitet og effekt på behov for operation. Der findes også effektstudier på omkostningseffektiviteten af GLA:D samt erfaringer fra et lignende tiltag i Australien. Samlet peger resultaterne på:

- At træning kan reducere operationer af knæ og hofte grundet slidgigt¹
- At træningsprogrammer for patienter med slidgigt er omkostningseffektive og leder til besparelser^{1,2}
- At patienter oplever løftet livskvalitet af deltagelse i træning også efter længere tid³



Ekstrapolering af potentialer til en national kontekst

Hvis lignende træningsforløb implementeres på nationalt plan, vil det medføre en række gevinster:

- National udbredelse af træning frem for operation vil reducere antallet af kirurgiske indgreb rettet mod slidgigt
- Reduktionen i kirurgiske indgreb frigør ressourcer på sygehuse
- Frigjorte ressourcer kan omsættes til økonomiske besparelser, da kirurgiske indgreb har realomkostning i sygehusvæsenet

Øvrige potentialer ved træningsprogrammet GLA:D

En afdeling for multisyge patienter kan have flere afledte effekter:

- **Klinisk kvalitet:** Patienten undgår at blive opereret. Derudover er det påvist, at træningen skaber en reduktion i smerteintensitet og medicinering, hvilket skaber en højere livskvalitet hos patienterne. Samlet skaber det en forbedring i den kliniske kvalitet¹
- **Patienttilfredshed:** Patienter, der indgår i træningsforløb mhp. at undgå en operation, er generelt tilfredse med forløbet.¹

Træning frem for operation | Eksempel på beregning af økonomisk gevinst



Konklusion:

- Træning før operation kan potentielt frigøre 170-270 mio. DKK årligt for knæ. Tilføjes hofteoperationer er der et samlet potentiale på 320-510 mio. DKK
- Besparelsen afhænger af, at 40-60 pct. af operationerne kan aflyses på grund af træning. Heri tages ikke højde for omkostninger ifm. medarbejdertræning o.l.

Beregning

Total undgåede operationer	4.000-6.000
×	×
Pris pr. operation	~50.000
–	–
Omk. ifm. tilbud af træning	30 mio.
=	=
Årlige frigjorte ressourcer (DKK)	170-270 mio.
+	+
Yderligere frigjorte ress. v. hofte (DKK)	150 - 240 mio.

Rationale

~10.000 borgere får hvert år indsat et nyt knæ grundet slidgigt. Ifølge dansk forskning kan træning af knæ udsætte eller helt afløse 90 pct. af alle knæoperationer grundet slidgigt. Her estimeres det reelt undgåede antal operationer til 40 - 60 pct. af alle operationer. Sammenholdes antal operationer med den potentielle procentuelle reduktion i operationer fås det årlige antal operationer, som kan undgås ved træning.

Prisen på en gennemsnitlig operation af knæ er opgjort som et vægtet gennemsnit af operationer i knæ og dertilhørende pris.²

Der tages udgangspunkt i prisen for et GLA:D træningsprogram uden henvisning ~3.000 DKK. Det antages, at alle patienter, som er i risiko ift. en operation i knæet, skal modtage træning. Det antages, at dette svarer til antallet af gennemførte operationer (10.000), og omkostningerne beregnes som omk. pr. træningsforløb for alle undgåede operationer.

Med antallet af undgåede operationer (4-6.000), sammenholdt med prisen pr. operation og omkostningerne ved træningsforløb opnås en samlet årlig besparelse på 170 - 270 mio. DKK. Her tages ikke højde for omkostninger ifm. træning af personale o.l. ift. implementeringen.

Træning af hofte udgør et yderligere potentiale, der dog har et mere usikkert datagrundlag. Der er årligt ~9.000 hofteoperationer grundet slidgigt. Antages det, at en hofteoperation i gns. koster det samme som en knæoperation (~50.000 DKK), og at lige så mange operationer kan undgås (40-60 pct.), er den årlige bruttobesparelse på 175-265 mio. DKK. Hvis omkostningerne er tilsvarende pr. patient (3.000), vil driftsomkostningerne være ~27 mio. DKK. Dermed er den potentielle årlige nettobesparelse ~150 - 240 mio. DKK.

Note: Tal afrundes

Kilder: 1. Gigtforeningen; 2. Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR); BCG analyse.

Træning frem for operation | Øvrige gevinster

Når patienter med slidgigt træner, frigøres ressourcer på sygehuset

Træning frem for operation kan reducere antallet af kirurgiske indgreb med 4.000 - 6.000 hvert år alene for knæoperationer. Det er yderligere blevet påvist, at træning kan have en lignende effekt på andre dele af kroppen fx hoften.¹ Potentialer ved at omlægge fra operationer af svær slidgigt til først og fremmest at tilbyde træningsforløb har derfor et stort potentiale til at frigøre ressourcer i sundhedssystemet.

Det er dog ikke kun i sundhedssystemet, der er positive effekter. Som en yderligere gevinst viser undersøgelser af GLA:D patienter, at andelen af patienter, der har været sygemeldt inden for et år, falder fra 11 pct. til seks pct. for patienter med slidgigt i knæet. Træning frem for operation har derfor også afledte effekter jobudbuddet for patienter, der indgår i forløbet.

Træning fremmer bedre kliniske resultater

Erfaringer fra GLA:D påviser tre forskellige gevinster, som tilsammen skaber en bedre klinisk kvalitet af træning frem for operation. Disse er 1) Et fald i smerteintensiteten på ~25 pct., 2) Et fald i medicinforbrug for ~40 pct. af patienterne, og 3) 13 pct. højere livskvalitet målt vha. kvantificeret selvrapportering.¹ Den kliniske effekt lader sig derfor ikke alene måle i, at patienter undgår en operation.

Som ovenfor anført er der en række afledte effekter af træning, som tilsammen skaber højere livskvalitet for patienterne. Dertil kommer, at patienterne også opnår yderligere sundhedsgevinster ved at træne, som der ikke tages hensyn til i denne analyse. Træningsforløbet indeholder desuden også et uddannelsesforløb, som har til hensigt at højne patientens forståelse for årsagen til egne symptomer. Den højnede forståelse kan have en forebyggende effekt, da patienter bliver bedre i stand til at identificere adfærdsmønstre, som kan reducerer slidgigtens effekt.

Patienter oplever tilfredshed med træningsprogrammerne

Træning frem for operation kan forbedre patientoplevelsen på tre måder: 1) Højet klinisk kvalitet højner patienttilfredsheden, 2) Patienter møder i træningen borgere med lignende symptomer, og 3) Patienterne oplever støtte fra sundhedsvæsenet til at forbedre egne vilkår. En undersøgelse af patienter, der har deltaet i GLA:Ds træningsprogram viser, at ~87 pct. af patienterne er enten tilfredse eller meget tilfredse med forløbet.²

Træning frem for operation | Forbehold for potentialeberegning

Ved vurderingen af det fulde potentiale ved træning frem for operation, må der tages en række forbehold, som potentielt kan ændre de estimerede potentialer. Afgørende for potentialet er, hvilken målgruppe der fokuseres på, i hvor høj grad patienterne formår at vedholde træningen, og horisonten for hvor længe en operation kan undgås. De væsentligste betragtninger beskrives nedenfor.

Målgruppens størrelse:

Den nærmere definition af målgruppen for indsatsen med træning frem for operation vil påvirke det estimeret potentiale. I potentialeberegningen fokuseres på knæoperationer. Imidlertid kan træning også benyttes ved slidgigt i andre kropsdele herunder fx hoften, albuen eller lignende. Dertil kommer, at potentialeberegningerne tager udgangspunkt i antallet af patienter, som årligt får en operation. Imidlertid kan de gavnlige effekter af træning tænkes at eksistere tidligere, inden patienten er tæt på en operation, hvorved at målgruppen vil være større.

Potentialet må derfor formodes at være væsentligt større, end potentialeberegningen antyder. Des bredere funderet en målgruppe, der kan opleve de gavnlige effekter for slidgigt ved et træningsprogram, des større er potentialet.

Vedligeholdelse af træningen:

Det er afgørende for effekten af træningsprogrammet, at patienterne vedholder træningen efter forløbets afslutning, da de ellers kommer tilbage til udgangspunktet hurtigt. Potentialet afhænger derfor af, i hvor høj grad patienterne vedligeholder træningen. Det er derfor også altafgørende, at patienter oplever et incitament til at blive ved med træning. Effektiv kommunikation er i den forbindelse afgørende.

Tidshorisont for undgåelse af operation:

Forskningsstudier viser, at patienter kan undgå en operation i en årrække. Imidlertid er det uvist, om operation helt kan undgås eller er uundgåelig efter en vis mængde tid. Des længere tid, operationen kan undgås, des større er potentialet. I potentialeberegningen er det antaget, at operationen helt kan undgås, hvorfor en ændring i denne antagelse vil reducere det samlede potentiale ved lade patienter træne frem for at modtage en operation.



Indhold

1	Baggrund, formål og tilgang	Side 2
2	Resumé af potentialeberegninger	Side 4
3	Digital triagering	Side 5
4	Integrerede behandlingsforløb	Side 10
5	Afdeling for multisyge	Side 15
6	Hjemmeindlæggelse	Side 20
7	Faste læger i den kommunale sygepleje	Side 25
8	(Gen)indlæggelser	Side 30
9	Træning frem for operation	Side 35
10	Geriatrisk kompetenceløft	Side 40
11	App-støtte til diagnosticering	Side 45

Geriatrisk kompetenceløft | Tværsektorielt rejsehold til løft af geriatrien

Omstillingspotentiale: Med en stigning i antallet af ældre, vil behandlingen af geriatriske patienter skabe et øget pres på sundhedsvæsenet. For sundhedsfaglige på afdelinger med kontakt til mange ældre patienter, vil styrkede kompetencer i forhold til at håndtere denne gruppe patienter have et stort potentiale.

Case: For at belyse potentialet af et nationalt geriatrisk kompetenceløft tages udgangspunkt i erfaringerne fra implementeringen af et geriatrisk rejsehold i Region Midtjylland. Det tværsektorielle rejsehold har to formål: 1) Kompetenceløft af ansatte på afdelinger med ældre, hvor behandlingsforløb evalueres og optimeres over seks måneder, og 2) Et udekørende team, der besøger ældre i hjemmet, tilbyder speciallægeekspertise og koordinerer behandlingsforløb, ofte med fokus på palliation.

Målgruppe: Det Geriatriske Rejsehold hjælper den skrøbelige, geriatriske patient. Patienter i fokus er skrøbelige og har funktionstab. Patienterne vil ofte ikke være på særskilte geriatriske afdelinger, hvorfor det brede kompetenceløft er nødvendigt. Beregningerne baseres på alle geriatriske patienter i Danmark.

Resultater fra projektet om geriatrisk rejsehold

Det Geriatriske Rejsehold er et forholdsvist nyt projekt, og der foreligger derfor ikke effektberegninger af tiltaget. Tidlige erfaringer fra rejseholdet viser dog, at et kompetenceløft af afdelinger med mange ældre har to væsentlige effekter:

- En **reduktion i antal sengedage** for den indlagte geriatriske patient¹
- En **besparelse** drevet af en reduktion i omkostninger fra de sparede sengedage



Ekstrapolering af potentialer til en national kontekst

Hvis geriatriske rejsehold implementeres over hele landet, vil det medføre en række gevinster:

- **National udbredelse af det geriatriske rejsehold** vil kompetenceløfte landets afdelinger ift. varetagelse af geriatriske patienter
- Bedre forståelse for den geriatriske patient vil lede til færre sengedage pr. indlæggelse, hvilket **frigør kapacitet**
- Frigjort kapacitet omsættes her til frigjorte **økonomiske ressourcer**, ift. den estimerede realomkostning for sundhedsvæsenet.

Øvrige potentialer ved det geriatriske rejsehold:

En højnet forståelse for den geriatriske patient på landets sygehuse kan have en række afledte effekter, herunder:

- **Klinisk kvalitet:** Specialviden deles på tværs af afdelinger og forbedrer klinisk kvalitet
- **Lige adgang:** Udekørende team kan levere sundhedsydelser uanset geografisk placering, hvilket understøtter lige adgang til sundhed
- **Patienttilfredshed:** En koordineret og personaliseret tilgang øger patienttilfredshed, særligt blandt de ældste ældre²

Geriatrisk kompetenceløft | Eksempel på beregning af økonomisk gevinst



Konklusion:

- Et geriatrisk kompetenceløft har mulighed for at frigøre 40-120 mio. DKK årligt.
- Besparelsen afhænger af, at man kan reducere den gennemsnitlige indlæggelsestid for en geriatrisk patient med 0,5-1,5 dage

Beregning

Indlæggelser	13.407
×	×
Reduktion sengedage pr. indlæggelse	0,5-1,5
=	=
Antal sparede sengedage	7.000-20.000
×	×
Pris pr. sengedag, geriatrisk patient	6.453
−	−
Omk. ved rejsehold	12 mio.
=	=
Årlige frigjorte ressourcer (DKK)	~40-120 mio.

Rationale

Udgangspunktet for beregningen er det samlede antal indlæggelser af geriatriske patienter - i alt 13.407 i 2022.¹

En geriatrisk patient er i gennemsnit indlagt 8,5 dage.¹ Det geriatriske rejsehold vurderer, at kompetenceløft af de sundhedsfaglige på sygehusafdelinger med mange ældre patienter, kan reducere liggetiden med 10 pct.² Givet usikkerhed omkring niveauet analyseres et spænd på 5-15 pct., hvilket svarer til en reduktion på cirka 0,5 - 1,5 dag pr. indlæggelse.

Antallet af årlige sparede sengedage for geriatriske patienter beregnes ved at sammenholde de gennemsnitlige antal sparede dage med antallet af geriatriske indlæggelser.

For at vurdere den mulige økonomiske ressourcefrigørelse inddrages omkostningen pr. sengedag for en geriatrisk patient - 6.453 DKK i 2022.

Driftsomkostningerne ved rejseholdet afhænger af: 1) Rejseholdets faglige sammensætning og dertilhørende gennemsnitlige lønninger, 2) Tabt arbejdstid ifm. kompetenceløftet på de besøgte afdelinger, 3) Projektledelse for hvert rejsehold svarende til én FTE og 4) En antagelse om to rejsehold pr. region.

Den samlede årlige nettobesparelse vurderes at være 40-120 mio. DKK.

Note: Tal afrundes; En indlæggelse er defineret som et psykisk eller somatisk ophold på sygehuset med mere end 12 timers varighed.
Kilder: 1. Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra LPR); 2. Ekspertinterview; BCG analyse.

Geriatrisk kompetenceløft | Øvrige gevinster

Et geriatrisk kompetenceløft sikrer deling af viden

Med en forventet stigning i antallet af ældre, og dermed potentielt flere geriatrisk patienter i fremtiden, bliver viden om patientgruppen essentiel for at levere den bedst tilrettelagte behandling. Læger og sygeplejersker med geriatrisk specialviden bliver forventeligt en mangelvare. Med dette initiativ deles geriatrisk specialviden på tværs af afdelinger, hvorfor den kliniske kvalitet kan opretholdes også ved øget pres på dette speciale.

Bedre klinisk kvalitet mindsker behovet for støtte efter udskrivelse

Erfaringer fra det geriatriske rejsehold viser, at patienterne modtager en bedre behandling.¹ Disse erfaringer bakkes op af en metaanalyse fra 2022, der påpeger, at forståelse for den geriatriske patient medfører bedre kliniske resultater for patienten.² Forskning viser desuden, at en geriatrisk udredning løfter livskvaliteten for patienter og reducerer plejebehovet efter udskrivelse.³

Individuelle behov imødekommes bedre

Som en del af indsatsen på afdelingerne bliver de ansatte bedre rustet til at identificere og imødekomme de geriatriske patienters individuelle behov. Der udvikles en personlig behandlingsplan, som kan benyttes på tværs af sektorer, og dermed skabe et mere sammenhængende behandlingsforløb, også efter indlæggelse.

Endvidere er det udekørende team fra det geriatriske rejsehold med til at skabe mere lige adgang til de sundhedsfremmende effekter. Det udekørende team kan fx levere sundhedsydelse til patienter uanset geografisk placering.

Geriatrisk kompetenceløft skaber større tilfredshed med behandlingsforløb

Den geriatriske patient har komplekse sundhedsbehov og kan derfor blive tabt i et specialiseret sundhedsvæsen. Et geriatrisk kompetenceløft sikrer, at geriatriske patienter bliver mødt med den forståelse og støtte, som de har behov for. Særligt oplever de, at den samme sundhedsfaglige er en fast del af deres behandlingsforløb, også på tværs af sektorer. Dette skyldes rejseholdets særlige fokus på koordinering.

Geriatrisk kompetenceløft | Forbehold for potentialeberegning

Ved vurderingen af de fulde potentialer for et geriatrisk kompetenceløft, må der tages en række forbehold, som potentielt kan ændre de estimerede potentialer. Det afgørende for potentialestørrelsen er således, hvordan effekterne af et kompetenceløft forankrer sig i afdelingerne. De væsentligste betragtninger beskrives nedenfor.

Målgruppens størrelse:

Da dette initiativ specifikt omhandler geriatriske patienter, er det totale nationale antal geriatriske patienter i fokus. Da geriatriske patienter har et bredt spænd af udfordringer, vil de ændrede rutiner på afdelingerne ikke nødvendigvis have en effekt på alle. Størrelsen på den faktiske målgruppe kan derfor variere.

Hvis de specifikke tiltag primært hjælper de skrøbeligste geriatriske patienter, vil den samlede effekt blive mindre. Omvendt er det muligt, at de specifikke tiltag, også fører til en bedre håndtering af andre skrøbelige patienter. Hvis initiativet fx udrulles, og skaber en positiv effekt for alle ældre patienter, vil det samlede potentiale være langt større.

Reduktion i sengedage:

Den specifikke reduktion i sengedage pr. indlæggelse afhænger af to faktorer: 1) I hvilket omfang rejseholdenes tiltag skaber effekter som antaget, og 2) Hvorvidt afdelingerne formår at vedligeholde de nye rutiner.

Der vil uden tvivl være forskel i effekten af rejseholdets initiativer på tværs af afdelinger. Dette kan potentielt skabe stor variation i de opnåede resultater, fx reduktionen i antal sengedage. Uanset effekten af de nye rutiner der implementeres sammen med rejseholdet, så forbliver de midlertidige, hvis de ikke forankres i afdelingerne. Jo stærkere de nye initiativer forankres, jo bedre vil resultatet blive over tid.

Omkostninger pr. sengedag

Til beregning af de reelle frigjorte økonomiske ressourcer, antages en gennemsnitlig besparelse pr. geriatrisk patient. Grundet den store variation i geriatriske patienter, er det muligt, at de foreslåede tiltag vil have en 'skæv' påvirkning på tværs af patientgruppen. Således kan det primært være mindre komplekse patienter, der påvirkes, hvilket vil gøre besparelsen mindre. Omvendt vil besparelsen blive større, vis det viser sig, at tiltaget har effekt, også for de mere komplekse patienter.



Indhold

1	Baggrund, formål og tilgang	Side 2
2	Resumé af potentialeberegninger	Side 4
3	Digital triagering	Side 5
4	Integrerede behandlingsforløb	Side 10
5	Afdeling for multisyge	Side 15
6	Hjemmeindlæggelse	Side 20
7	Faste læger i den kommunale sygepleje	Side 25
8	(Gen)indlæggelser	Side 30
9	Træning frem for operation	Side 35
10	Geriatrisk kompetenceløft	Side 40
11	App-støtte til diagnosticering	Side 45

App-støtte til diagnosticering | Styrket diagnosticering af hudkræft

Omstillingspotentiale: Mange diagnostiske metoder bygger på billedanalyse. Digitale løsninger, der integrer kameraer og AI-støttet mønstergenkendelse i billeder, har derfor stort potentiale til hjælpe diagnosticering. Særligt analyse af potentiel hudkræft viser lovende resultater og kan reducere behovet for dermatologisk kontakt.

Case: For at belyse potentialet ved brug af teknologi til diagnosticering af hudkræft tages udgangspunkt i den danskproducerede app Dermloop. Appen muliggør deling af billeder af patienters hudlæsioner og efterfølgende sparring mellem praktiserende læge og dermatolog. AI benyttes endvidere til kontinuerlig læring for praktiserende læger.

Målgruppe: Det digitale værktøj er beregnet til at skabe bedre behandlingsforløb for patienter med potentiel hudkræft. De direkte brugere er praktiserende læger og dermatologer, som dermed opnår et effektiviseret behandlingsforløb.

Resultater fra brug af Dermloop til diagnosticering

Der findes endnu ingen validerede effektstudier af Dermloop, men tidlige erfaringer fra brugen af Dermloop.¹ bakkes op af forskning fra lignende case studier^{2,3} og viser, at AI billedgenkendelse af mulige hudkræftlæsioner kan lede til:

- En reduktion i antallet af henvisninger til dermatologer



Ekstrapolering af potentialer til en national kontekst

Hvis dermatologiske billeddiagnostiske apps blev implementeret på national plan, vil det medføre en række gevinster:

- **National udbredelse af dermatologiske billeddiagnostiske apps** vil sikre bedre koordinering mellem praktiserende læger og dermatologer og samtidig skabe bedre diagnosticering af hudkræft
- Mere præcis diagnosticering af hudkræft vil lede til **færre henvisninger**, hvilket frigør kapacitet hos dermatologer
- Frigjort kapacitet kan omsættes til **økonomiske besparelser**, da henvisninger har en realomkostning i sygehusvæsenet.

Øvrige potentialer ved brug af Dermloop til diagnosticering

Brug af teknologi til diagnosticering kan medføre afledte effekter:

- **Klinisk kvalitet:** AI billedgenkendelse har høj præcision ift. diagnosticering af hudkræft, hvorfor det kan højne den kliniske kvalitet
- **Lige adgang:** Kommunikation mellem læge og dermatolog er uafhængig af geografi, hvilket skaber mere lige adgang
- **Patienttilfredshed:** Teknologi sikrer hurtigere og mere robust diagnosticering, hvilket øger patientens tillid og tilfredshed.

Kilder: 1. Medicinsk Tidsskrift, 2023, App til melanomer kan blive en gevinst for sundhedsvæsenet, men en ekstra opgave til almen praksis 2. NHS England, 2022, Case study: Artificial intelligence helping to speed up skin cancer diagnosis in Leicester, Leicestershire, and Rutland integrated care system; 3. Jama Network, 2021, Development and Assessment of an Artificial Intelligence-Based Tool for Skin Condition Diagnosis by Primary Care Physicians and Nurse Practitioners in Teledermatology Practices; 4. EurekAlert, 2023, AI software shows significant improvement in skin cancer detection, new study shows; BCG analyse.

App-støtte til diagnosticering | Eksempel på beregning af økonomisk gevinst



Konklusion:

- Færre henvisninger kan frigøre 70-80 mio. DKK årligt. En reduktion i biopsier kan yderligere frigøre 180-225 mio. DKK. Samlet er potentialet 250-305 mio. DKK.
- Besparselsen afhænger af, at man kan reducere antallet af henvisninger og biopsier. I beregningen indgår ikke evt. implementeringsomkostninger.

Beregning

Antal henvisninger til dermatolog	1.246.729
×	×
Pct. reduktion i antal henvisninger	20-25%
=	=
Total reduktion i henvisninger	250.000-310.000
×	×
Pris pr. konsultation, dermatolog	264
=	=
Årlige frigjorte ressourcer (DKK)	70-80 mio.
+	+
Yderligere frigjorte ress. v. biopsi (DKK)	~180-225 mio.

Rationale

For at fastslå det fulde potentiale ved national implementering af dermatologiske billeddiagnostiske apps, defineres det samlede antal dermatologiske henvisninger - i alt 1.246.729 i 2022.¹

Reduktionen i henvisninger estimeres baseret på erfaringer fra både Dermloop (20 pct. reduktion) og internationale studier af lignende apps. Et engelsk og et amerikansk case studie viser reduktioner på hhv. 37 pct. og 12,5 pct. af henvisningerne.^{2,3} Nyere forskning demonstrerer en kraftig udvikling på dette felt og viser, at AI algoritmer nu kan identificere 99,5 pct. af hudkræfttilfælde.⁴ I en dansk kontekst vurderes samlet set, at 20-25 pct. af dermatologiske henvisninger kan undgås.⁵

Antallet af årlige mulige sparede henvisninger til dermatologer beregnes ved en reduktion i antallet af henvisninger med hhv. 20 og 25 pct.

Omkostninger for en kontakt til en dermatolog ekskl. tillægsydelser, laboratoriydelser, mv. er 264 DKK i 2022.¹

Den samlede årlige nettobesparelse vurderes at være 70-80 mio. DKK. Her tages ikke højde for implementeringsomkostninger, da de i høj grad vil afhænge af valg af løsning.

Der kan også spares udgifter til biopsi, men datagrundlaget er mindre sikkert. Der er ~2.300 nye tilfælde af modermærkekræft årligt. For hvert tilfælde fjernes 75 godartede modermærker. Det betyder, at der fjernes ~172.500 godartede modermærker årligt. Prisen på fjernelse af et modermærke ved dermatolog er ~1.300 DKK. Vi antager, at man kan undgå 80-100 pct. af unødvendige biopsier grundet den høje præcision af AI billedgenkendelse af hudkræft.

Note: Tal afrundes; Kilder: 1. Sundhedsdatastyrelsen (Egne beregninger baseret på tal fra SSR); 2. NHS England, 2022, Case study: Artificial intelligence helping to speed up skin cancer diagnosis in Leicester; 3. Jama Network, 2021, Development and Assessment of an Artificial Intelligence-Based Tool for Skin Condition Diagnosis; 4. EurekAlert, 2023, AI software shows significant improvement in skin cancer detection; 5. Medicinsk Tidsskrift, 2023, App til melanomer kan blive en gevinst for sundhedsvæsenet; BCG analyse.

App-støtte til diagnosticering | Øvrige gevinster

Teknologi kan reducere henvisninger og frigøre ressourcer

Anvendelsen af apps i billeddiagnostik er beregnet til at kunne reducere antallet af henvisninger til dermatolog med 250.000-310.000 årligt. Yderligere kan bedre diagnosticering være med til at reducere antallet af unødvendige biopsier. De frigjorte økonomiske midler og kapaciteten kan allokeres til andre sundhedsbehov.

AI-billedgenkendelse har næsten perfekt træfsikkerhed på diagnose af hudkræft

Teknologi kan højne den kliniske kvalitet inden for diagnosticering af hudkræft på to måder. 1) Bedre kommunikation mellem dermatologer og alment praktiserende læger kan sikre bedre diagnosticering af tvivlstilfælde, og 2) AI billedgenkendelse kan støtte læger til at lave en bedre diagnosticering. Nyere forskning viser, at AI kan identificere op til 100 pct. af modermærkekræfttilfælde, 99,5 pct. af hudkræftstilfælde og 92,5 pct. af tilfælde, hvor en læsion viser forandring, som kan tyde på et forstadium til kræft.² Et andet studie viser, at præcisionen af AI genkendelse af hudkræft kan hjælpe alment praktiserende læger til at lave bedre diagnosticering.³ Samlet set kan brug af digitale løsninger og AI sikre at sygdom opdages tidligere, og teknologien kan dermed reducere mere alvorlige sygdomsforløb samt mindske dødelighed.

Teknologi sikrer bedre adgang til dermatologer uanset geografisk placering

For nuværende er der demografiske forskelligheder i ventetid på at komme til dermatolog, hvor man nogle steder i landet skal vente op imod 40 uger.⁴ Teknologi kan hjælpe til at skabe mere lige adgang til sundhed på tre måder: 1) Ved at lade alment praktiserende læger og dermatologer kommunikere uanset geografi, 2) Ved at skabe færre henvisninger og dermed reducere ventelister, og 3) Ved at støtte kompetenceløft til læger gennem fx en tilhørende teknologisk læringsportal, og dermed bidrage til, at patienter bliver mødt med den samme kvalitet. Samlet set kan geografiske forskelle i adgang til dermatologisk diagnosticering af hudkræft således blive udlignet ved brug af teknologi som AI billedgenkendelse.

Hurtigere og mere sikker diagnosticering skaber højere patienttilfredshed

Med teknologi og tilhørende AI kan patientoplevelsen forbedres på to måder: 1) Hurtigere diagnosticering sikrer, at patienter ikke skal gå rundt i usikkerhed om hvorvidt de har hudkræft, og 2) Bedre diagnosticering sikrer, at patienterne kan føle sig mere sikre på diagnose og behandling. Samlet skaber det mere sikkerhed hos patienten, som dermed skaber en bedre patientoplevelse.

App-støtte til diagnosticering | Forbehold for potentialeberegning

Ved vurderingen af de fulde potentialer for app-støtte til diagnosticering af hudkræft, må der tages en række forbehold, som potentielt kan ændre de estimerede potentialer. Adoptionsraten for såvel dermatologer som læger og succesraten ift. AI billedgenkendelse er afgørende for potentialet ved brug af app-støtte til diagnosticering af hudkræft. De væsentligste betragtninger beskrives nedenfor.

Reduktion i antal henvisninger:

For at opnå en reduktion på 20-25 pct. i henvisningerne til dermatologer er der to kritiske elementer: 1) Adoptionshastigheden blandt både alment praktiserende læger og dermatologer, og 2) Præcisionen i AI's billedgenkendelse ved diagnosticering af hudkræft.

Det fulde potentiale opnås kun ved 100 pct. adoption af teknologien hos begge lægegrupper. Lavere adoption vil reducere det samlede antal henvisninger, og dermed reducere potentialet. Reduktionen i henvisninger drives endvidere af teknologiens præcision. Efterhånden som præcisionen af algoritmerne forbedres, vil potentialet kunne øges.

Reduktion i spild:

Lægers usikkerhed i diagnosticering af hudkræft fører til overforbrug af ressourcer på unødvendige biopsier. Ved at integrere dermatologisk kommunikation og AI-understøttelse kan lægen opnå højere præcision, hvilket reducerer antallet af unødvendige biopsier og fjernelse af godartede hudlæsioner. Da beregningerne på ovenstående side ikke tager højde for reduktion i spild, er det reelle potentiale formentlig større.

Omkostninger forbundet med ventetid:

Lange ventetider på op til 40 uger for hudkræftkonsultationer har en direkte økonomisk konsekvens for samfundet, primært drevet af forværringer i patientens tilstand og deraf følgende dårligere prognose. Reducerede ventetider som følge af app-baseret diagnosticeringsstøtte vil derfor øge det samlede potentiale yderligere.



[bcg.com](https://www.bcg.com)

Bilag 6.1:

Omstilling til det nære
sundhedsvæsen.

Casesamling, Boston Consulting Group
(BCG)

Omstilling til det nære sundhedsvæsen

Casesamling

Februar 2024

BCG

Indholdsfortegnelse

1	Indledning.....	1
1.1	Baggrund og formål med casesamlingen	1
1.2	Grundlag	1
2	Generelle strukturændringer	2
2.1	Omstrukturering til Integrated Care Systems (ICS'er) i Storbritannien.....	2
2.2	Etablering af velfærdsserviceregioner i Finland	4
3	Digitale fordøre	5
3.1	National digital fordør til somatikken i Finland	5
3.2	National digital fordør til psykiatrien i Australien	9
3.3	Sundhedsplatform med fokus på mental sundhed i Canada	11
3.4	Digital fordør med MDR-certificeret AI triagering i Sverige	14
3.5	AI-støttet digital fordør til en privat sundhedsudbyder i USA.....	16
4	Opgaveflytning til lavere specialiseringsgrad.....	18
4.1	App til støtte af diagnosticering af hudkræft i almen praksis	18
4.2	Udflytning af specialiseret behandling af lav kompleksitet i Holland	21
4.3	Plejhjemslægeordningen.....	24
4.4	Integrerede behandlingsforløb med almen praksis i central rolle	25
4.5	Alment praktiserende læger som tovholder for kronikere.....	27
4.6	Specialist-hotline til sparring for almen praksis i Region Sjælland.....	28
5	Opgaveflytning til borgerens eget hjem.....	30
5.1	Monitorering og hjemmebehandling af diabetes i FAE	30
5.2	Sygehusindlæggelse af patienter i eget hjem på Nordsjællands Hospital.....	32
5.3	Telemedicinske behandling af kronikere gennem eHospital i Region Sjælland	36
5.4	Træning i stedet for operation	38
6	Tværasektoriel koordinering af behandling	40
6.1	Tværasektoriel forebyggelse af (gen)indlæggelser i Aalborg.....	40
6.2	Afdeling for multisygdom på Nordsjællands Hospital	43
6.3	Geriatrisk rejsehold til kompetenceløft af håndteringen af ældre patienter i Region Midtjylland	45

1 Indledning

1.1 Baggrund og formål med casesamlingen

Regeringen har nedsat en Sundhedsstrukturkommission, der skal udarbejde et beslutningsgrundlag, som ”fordomsfrit opstiller og belyser modeller for den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet”. Modellerne skal understøtte et forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen med mere lighed, og som er mere nært og bæredygtigt, jf. kommissoriet for kommissionen.

Som en del af grundlaget for Sundhedsstrukturkommissionens arbejde har BCG indsamlet danske og internationale eksempler på, hvordan omstilling af sundhedsvæsenet i praksis kan gennemføres. De belyste initiativer er i vidt omfang uafhængige af eksisterende strukturer, og bæres ofte af løsninger der går på tværs af sektorer.

Eksemplerne er ikke udtømmende men viser konkrete tiltag til at ændre opgave- og ansvarsfordeling, koordinering på tværs af sektorer, anvendelse af teknologi i indsatsen m.m. Eksemplerne varierer i udbredelse, men berører i forskellig udstrækning alle sundhedsvæsenet hovedopgaver, inklusiv: udredning og diagnostik; behandling og behandlingskontrol; træning, genoptræning og rehabilitering; pleje og omsorg, herunder palliation; samt patientrettet forebyggelse.

Eksemplerne er beskrevet som casebeskrivelser med fokus på formålet med det konkrete tiltag, indholdet, målgruppen og resultaterne.

1.2 Grundlag

BCG har som grundlag for analysen gennemført omfattende research af danske og internationale kilder, herunder artikler, analyser og forskning, der belyser de konkrete løsninger og resultater af omlægning.

I forbindelse med de danske cases er der indsamlet materiale fra de ansvarlige, ligesom der er gennemført en lang række interviews med videnspersoner med særlig indsigt i løsningerne. Det er i vidt omfang deres fortjeneste, at det har været muligt at beskrive de enkelte cases detaljeret.

Hvor det har været muligt, er effekter fra case eksemplerne beskrevet. Men da størstedelen af de beskrevne cases er forholdsvis nye, er der kun i begrænset omfang gennemført egentlig effektmåling af resultaterne. Hvor det har været muligt, er effektstudier fra sammenlignelige tiltag i ind og udland derfor inddraget.

2 Generelle strukturændringer

2.1 Omstrukturering til Integrated Care Systems (ICS'er) i Storbritannien

Strukturering af sundhedsydelser gennem nye ICS'er giver mulighed for at planlægge sundheds- og plejeydelser efter lokalområdets behov.

Kontekst og formål

ICS'er er geografiske partnerskaber, der i 2022 blev dannet for at samle National Health Services (NHS) sygehuse ("trusts"), lokale myndigheder og andre systempartnere, fx almen praksis, leverandører af sociale indsatser og frivillige/velgørenhedsorganisationer, mhp. at tage et kollektivt ansvar for sundhedsydelser i lokalområdet.

Kernen i Integrated Care Systems (ICS'er) er, at ressourcefordeling og udvikling af en lokal strategi for sundhedsvæsenet uddelegeres til 42 lokale enheder. ICS'er har fire hovedformål: 1) Forbedre befolkningssundhed, 2) Imødegå uligheder i behandlingsresultater, patientoplevelse og adgang, 3) Øge produktivitet og værdi for pengene, og 4) Støtte NHS i en bredere socioøkonomisk udvikling. ICS'er har eksisteret som frivillige partnerskaber i flere år, men er som følge af "Health and Care Act" i 2022 blevet formaliseret som juridiske enheder med lovbestemte beføjelser pr. 1 juli 2022.

Løsning

Aktuelt er der 42 ICS'er i England, som er ansvarlige for at planlægge og sikre levering af størstedelen af både de primære og sekundære sundhedsydelser til et geografisk område med mellem 500.000 og 3,5 mio. borgere. Formålet er at samle indkøbere og leverandører af sundhedsydelser med henblik på at kunne prioritere og planlægge sundhedsydelserne i forhold til de lokale behov. Det er ligeledes hensigten, at der skal sikres bedre integration af sundhedsydelser og sociale indsatser, ved at de lokale myndigheder, som er ansvarlige for det specialiserede voksenområde ("social care" i England), er repræsenteret i ICS'erne. ICS'er består af to organer:

1. **Integrated Care Board (ICB):** Er ansvarlig for at planlægge og finansiere sundhedsydelser målrettet befolkningen i ICS-området. ICB'er modtager finansiering fra NHS England¹ baseret på befolkningsstørrelsen i ICB-området. ICB'er indkøber ydelser fra sundhedsudbydere og står til ansvar over for NHS England ift. forbrug og resultater i området. Som minimum består en ICB af en forperson, en direktør og mindst tre medlemmer fra 1) NHS trusts (driver bl.a. hospitaler), 2) Lokale myndigheder, og 3) Almen praksis i ICS-området. En af medlemmerne skal være ekspert i mental sundhed. De tre repræsentanter udpeges af deres respektive organisation (fx den lokale myndighed), mens ICB'ens formand er udpeget af NHS England. ICB'er kan selv tage beslutning om yderligere medlemmer. Hver ICB skal etablere en femårsplan, hvori de gør rede for, hvordan de vil imødekomme lokalbefolkningens behov for sundhedsydelser. I planlægningen skal ICB'erne også tage højde for nationale prioriteter for det samlede

¹ National Audit Office, 2022, Introducing Integrated Care Systems: joining up local services to improve health outcomes - National Audit Office (NAO) report

ationale NHS-system. ICB'ers samlede plan skal udmønte den strategi, der fastlægges af ICS'ens "Integrated Care Partnership" (se nedenfor).

2. **Integrated Care Partnership (ICP):** er en komité, som er ansvarlig for at udvikle en integreret strategi for sundheds- og sociale indsatser i ICS-området. Strategien skal angive, hvordan sundheds- og sociale behov i lokalområdet vil blive mødt af ICB, de lokale myndigheder og NHS England. En ICP skal bestå af et medlem udpeget af ICB'en og et medlem udpeget af hver af de relevante lokale myndigheder. ICP'er kan selv styre, hvordan parterne samarbejder, og hvorvidt der skal indgå øvrige medlemmer. I udviklingen af den lokale strategi skal de dog involvere lokalsamfundet og Healthwatch, en uafhængig organisation der giver en stemme til brugere af sundhedsydelser. Øvrige medlemmer vil typisk inkludere repræsentanter fra frivillige organisationer, plejeudbydere, lokalbefolkningen, uddannelsessektoren og den lokale Healthwatch.

ICS'er opererer på tre geografiske niveauer: "system", "place" og "neighbourhood". "System" repræsenterer det højeste niveau, der dækker over hele ICS-området og består af ICB og ICP. "Places" er lokale ICS-teams, der varetager planlægning og levering af ydelser til et mindre område med op til 500.000 borgere. De lokale teams modtager et budget fra ICB'erne. Hvilket mandat "places" har varierer på tværs af ICS'er. "Neighbourhoods" omfatter typisk op til 50.000 personer. Heri indgår "Primary Care Networks", der består af en gruppe alment praktiserende læger, der samarbejder med sundhedspersoner fra områder som mental sundhed, sociale indsatser, befolknings-sundhed, apoteker og øvrige lokale ydelser. Der er ingen formelle retningslinjer for, hvordan disse "Neighbourhoods" skal operere, men NHS England forventer, at der på dette plan er en integration af tværfaglige teams i frontlinjen mhp. at styrke integrationen i primærsektor.^{2,3,4}

Resultater og læring

ICS'erne er forholdsvis nyetablerede, og det er derfor for tidligt at konkludere på resultaterne, som først forventes at være fuldt realiserede om op til 10 år. ICS'erne anses dog som et positivt initiativ i forhold til at opnå et integreret sundhedsvæsen. Fx angav 76 pct. af senior ICS-medarbejdere i et survey, at de er positive i forhold til overgangen til ICS.⁵ Derudover beskriver et nyligt review⁶, at ICB'ers fulde varetagelse af primærsektor muliggør bedre adgang, kvalitet og mere integrerede ydelser. Endelig er der lokale eksempler på ICS'ers potentiale: Dorset ICS har fx halveret antallet af akutte indlæggelser blandt ældre ved at integrere teams af sundhedsprofessionelle i den primære pleje.

² Nhs Confederation homepage, 2023, NHS Confederation

³ House of Commons: Committee of Public Accounts; Introducing Integrated Care Systems: joining up local services to improve health

⁴ The Kings Fund, 2023, Place-based partnerships explained | The King's Fund (kingsfund.org.uk)

⁵ National Audit Office, 2022, Introducing Integrated Care Systems: joining up local services to improve health outcomes - National Audit Office (NAO) report

⁶ The Hewitt Review, 2022

2.2 Etablering af velfærdsserviceregioner i Finland

Strukturering af sundhedsydelser gennem velfærdsserviceregioner kan bidrage til at sikre lige adgang.

Kontekst og formål

Det finske sundhedsvæsen har historisk set været præget af en fragmenteret struktur, hvor over 300 kommuner har været ansvarlige for organisering af primærsektorydelser og specialiseret behandling. De typisk små kommuner har dog haft begrænset kapacitet, hvilket har ført til stigende ulighed og manglende koordinering.

Med omstrukturering på sundhedsområdet i Finland - Sote-uudistus reformen - blev sundhedsvæsenet i Finland restruktureret pr. 1 januar 2023. Ansvar for organisering af offentlige sundhedsydelser samt sociale tilbud og ydelser, herunder redningstjenester, blev herefter overført fra kommunerne til større velfærdsserviceregioner (Hyvinvointialueet). Formålet er at reducere ulighed i sundhedsvæsenet, forbedre adgang til ydelser (særligt primære) og undgå yderligere udgiftsstigninger.

Løsning

Reformen har medført etablering af 21+1 velfærdsserviceregioner. "+1" repræsenterer Helsinki, som er ansvarlig for sundhedsydelser i hovedstaden. De nye regioner er ansvarlige for organisering af alle offentlige sundhedsydelser i primær- og sekundærsektor, herunder sygehuse, pleje og redningstjenester. Hver region tilhører et af fem "samarbejdende områder" som hver har ét universitetshospital. Områderne er et samarbejde hvori regionerne i området koordinerer højtspecialiserede ydelser. Kommunerne er fortsat ansvarlige for enkelte ydelser relateret til befolknings sundhed, fx sundhedsfremme.^{7,8,9}

Velfærdsserviceregioner er selvstyrende, lokale myndigheder og har hver et valgt råd, som er ansvarlig for regionens aktiviteter og økonomi. Den centrale regering fastsætter den overordnede strategiske retning og finansiering til regionerne, men regionerne fastsætter selv, hvordan budgetterne fordeles.^{7,8,9}

Resultater og læring

Reformen er først implementeret i 2023, og det er derfor for tidligt at konkludere på resultaterne. Det forventes, at den nye struktur vil give mere sammenhængende indsatser, og at de større enheder kan give en mere ensartet allokering af ressourcer. Der har dog allerede været drøftelser om, hvorvidt de nye velfærdsserviceregioner er for små ift. at have kritisk masse og robusthed.^{7,8,9}

⁷ Sote Uudistus, 2023, What is the health and social services reform | Soteuudistus

⁸ European Observatory, 2019, Finland: health system review 2019 (who.int)

⁹ Finland: Ministry of Finance, 2023, Finances of the wellbeing services counties - Valtiovarainministeriö (vm.fi)

3 Digitale fordøre

3.1 National digital fordør til somatikken i Finland

Omaolo er en national digital sundhedsplatform i Finland med flere funktionaliteter.

Kontekst og formål

Som led i en større digitalisering af sundhedssektoren lancerede de finske sundhedsmyndigheder i 2019 en sundhedsplatform - Omaolo - til information, selvhjælp og triagering med henblik på at reducere det øgede pres på sundhedssystemet.

Løsningen

DigiFinland, som er ansvarlig for offentlige digitale services i Finland, har i samarbejde med kommuner og sygehuse udviklet den nationale sundhedsplatform, Omaolo.fi.¹⁰ DigiFinland er ansvarlig for vedligeholdelsen af den digitale platform med fire forskellige funktioner, herunder:

1. Oversigt over kontakter til sundhedsvæsenet (tilsvarende Sundhed.dk)
2. Informationssøgning om sygdomme eller symptomer, inklusiv information om behandling
3. Online selvhjælpsmateriale med øvelser, guidance og coaching til fx reduktion af alkoholforbrug, vægtkontrol og god søvn
4. Automatiserede 'Tjekkere', der vurderer og anbefaler den mest hensigtsmæssige handling baseret på besvarelsen af et spørgeskema.

Der er tre forskellige 'Tjekkere', som omfatter:

'Symptomtjekkeren': Findes på forsiden af Omaolo platformen. Patienter guides til denne side vha. kommunikation fra læger og offentlige kampagner. På baggrund af besvarelsen af et spørgeskema peger Symptomtjekkeren på fire muligheder: 1) Informationssider med detaljerede instruktioner til selvhjælp, 2) Information om sundhedsfagligt personale, hvortil der skal laves en aftale inden for 1-3 dage, 3) Henvisning til tilkaldevagt, der skal undersøge patienten hurtigst muligt inden for åbningstider eller 4) Direkte kontakt til alarmcentralen, der tager omgående handling.¹¹

'Supporttjekkeren': Findes som en separat fane på Omaolo-platformen og kræver dermed, at brugeren er mere målrettet i sin søgning efter hjælp. Tjekkeren vurderer, om man har behov for: 1) Uformel hjælp fra en omsorgsperson, fx et familiemedlem, en ven eller en nabo, 2) Personlig pleje af en fagprofessionel i hverdage, eller 3) Hjælp til mobilitet uden for hjemmet. Vurderingen baseres på besvarelsen af et spørgeskema, hvor borgeren spørges ind til udfordringer og behov for hjælp i hverdagen. Hvis der er tvivl i vurderingen, henvises der til fagprofessionelle, der foretager en konkret vurdering.¹²

'Sundhedstjekkeren': Laver en rapport over ens generelle sundhed og velvære baseret på selvrapportering. Selvrapporteringen inkluderer bl.a. information om baggrund,

¹⁰ DigiFinland, 2023, Omaolo Handbook - DigiFinland

¹¹ National Library of Medicine, 2023, User-Initiated Symptom Assessment With an Electronic Symptom Checker: Protocol for a Mixed Methods Validation Study - PMC (nih.gov)

¹² Omaolo, 2023, Palveluarviot (omaolo.fi)

motion, rusmiddelforbrug, sindstilstand og søvn. Af rapporten fremgår, hvad borgernes livsstil betyder for forventet levetid og sygdomsrisiko samt, om borgeren lever sundt i forhold til søvn, motion, rusmidler mm.

Borgeren kan ved log-in gemme sit resultat/svarene på spørgeskemaet og derefter sende resultatet (både vurderingen og de enkelte svar på spørgeskemaet) videre til praktiserende læge eller andet sundhedsfagligt personale. Alle 'Tjekkerne' kan benyttes anonymt, men et videre forløb kræver identifikation og log-in.

Målgruppe

Omaolo er henvendt borgere over 15 år med ikke-akutte somatiske symptomer eller borgere med potentielt behov for personlig hjælp og pleje. Omaolo skal ikke benyttes til nødsituationer eller mentale sundhedsproblemer.

Resultater og læring

I løbet af 10 måneder under Covid-19 pandemien brugte 30 pct. af befolkningen Omaolo. I slutningen af 2021 havde Omaolo 4.3 millioner brugere (78 pct. af borgerne i Finland), hvilket er en fordobling fra antallet i 2020. Der er endnu ingen studier i forhold til den økonomiske effekt af Omaolo, men leverandøren angiver selv, at kunne spare staten for 30 millioner euro årligt via et reduceret antal patientbesøg.¹³

¹³ Solita, 2023, Omaolo assesses user health and directs them to the correct services - Solita

Andre eksempler på digitale fordøre til sundhedsvæsenet

Omaolo er blot ét eksempel på en digital fordør til sundhedssystemet. Andre digitale fordøre til sundhedsvæsenet er:

- Sundhed.dk i Danmark
- NHS online platform i England
- CompuGroup Medical journalsystem til almen praksis¹⁴, fx Lægerne Skt. Olufsgade i Aarhus
- Mit Sygehus, Region Syddanmark¹⁵
- Schön Klinik i Tyskland¹⁶
- Kaiser Permanente i USA¹⁷
- Hejdoktor i Danmark
- Kry, Telemedicin fra Sverige

Udbredelsen for de digitale fordøre spænder bredt. Hvor nogle dækker nationale sundhedstilbud, har andre et smallere fokus, som fx en enkelt region eller en enkel klinik.

Overblik: Fælles for løsningerne er, at brugeren kan få adgang til egne prøvesvar og sundhedsdata samt overblik over kontakter til sundhedsvæsenet/klinikken. Der gives desuden kontaktoplysninger til sundhedsprofessionelle, der gør det muligt at booke tid ved en læge/sygeplejerske. "Borgerbooking" i København- og Aalborg Kommune, Mit Sygehus i Region Syddanmark og CompuGroup Medicals patientside omfatter primært disse grundlæggende funktioner.¹⁸

Information: Nogle digitale sundhedsportaler går dog et skridt videre, og tilbyder også information om forskellige sygdomme og behandlingsmuligheder, fx giver Schön Klinik i Tyskland og Sundhed.dk i Danmark adgang til information om en række sygdomme, symptomer og mulige behandlinger.¹⁹

Selvhjælp: Blandt digitale fordøre til det brede sundhedsvæsen, tilbyder enkelte selvhjælp. Fx tilbyder NHS selvhjælp inden for samme kategorier som Omaolo. nhs.uk er den største portal for sundhed i England med mere en 50 mil. besøg om måneden²⁰, med et forholdsvis bredt dækkende selvhjælpssystem.

Triagering: Enkelte private virksomheder gør brug af AI til triagering. Heriblandt er Platform24 i Sverige med løsningen, Triage24, og K Health i USA, der bruger AI til at assistere læger i korrekt triagering af patienter.

¹⁴ CompuGroup Medical, 2023, XMO - Produkter - cgm.com

¹⁵ Mit Sygehus, 2023, Mit Sygehus (rsyd.dk)

¹⁶ Schön Klinik, 2023, About us - Schön Klinik (schoen-klinik.de)

¹⁷ Kaiser Permanente, 2023, Custom Care & Coverage Just For You | Kaiser Permanente

¹⁸ Københavns Kommune, 2023, Borgerbooking | Københavns Kommunes hjemmeside (kk.dk)

¹⁹ Sundhed.dk, 2023, sundhed.dk - Få klare svar om din sundhed

²⁰ NHS, 2023, About the NHS website - NHS (www.nhs.uk)

Behandling: Nogle digitale fordøre lader patienter kommunikere med en læge direkte. Fx kan man booke telemedicinske konsultationer hos en læge gennem den svenske telemedicin udbyder Kry eller den danske app "Hejdoktor". Her kan patienterne både chatte og snakke med alment praktiserende læger, speciallæger i slidgigt eller dermatologi, diætister eller psykologer.

3.2 National digital fordør til psykiatrien i Australien

Head to Health er en national digital platform på psykiatriområdet til navigation af tilgængelige ydelser indenfor mental sundhed i Australien.

Kontekst og formål

Initiativet, 'Head to Health', blev lanceret i 2017 som en del af den australske regerings nationale plan for mental sundhed og forebyggelse af selvmord. Hjemmesiden har fokus på mental sundhed og tilbyder nem adgang til digitale og fysiske serviceydelser, information og støtte. Initiativet erstattede eksisterende tjenester med henblik på at skabe en enkel national platform for mental sundhed. Hensigten er at sikre tilgængelig hjælp til borgere med psykiske udfordringer.²¹

Løsningen

Head to Health er en national portal, der hjælper brugere med at navigere i et omfattende katalog med 693 tilgængelige ydelser inden for mental sundhed. Ydelserne omfatter både informationslinks, services som chatgrupper eller videokonsultationer og links til organisationer med speciale inden for fagområdet (fx angst).²²

Borgeren kan udfylde et spørgeskema, hvor borgeren svarer på en række generelle spørgsmål om mentalt velvære, medicinering og livsstil.²³ Borgeren præsenteres fra start med en afkrydsningsliste, hvor borgeren kan klargøre, hvad vedkommende ønsker at opnå, fx at føle sig mindre deprimeret, at danne mere meningsfulde relationer eller at få hjælp til håndtering af en specifik diagnose. Efter at have udfyldt spørgeskemaet bliver brugerne præsenteret for en række links som fx selvhjælpsprogrammer, informationssider eller kontaktinformationer på relevante tjenester og fagprofessionelle. Borgeren bliver anbefalet at kontakte fagprofessionelle, hvis svarene indikerer svære tilstande såsom depression. Head to Health tilbyder telefonisk støtte til brugerne og mulighed for at downloade resultaterne til at dele med relevante fagprofessionelle. Head to Health omfatter foruden spørgeskemaet fire funktioner:

1. **Velvære og Selvhjælp:** Information og praktiske råd om, hvordan man kan opnå mental velvære
2. **Støtte til pårørende:** Informationssider, der støtter pårørende i deres rolle, herunder links til ressourcer som bl.a. onlinefora, selvhjælpsprogrammer og coaching til pårørende
3. **Støtte til fagprofessionelle:** Værktøjer for fagprofessionelle til både faglig og digital opkvalificering, samt muligheder for at søge konkrete services frem til deres patienter
4. **Brugercentreret support:** Brugere navigerer mellem informationssider, selvhjælpsprogrammer, chatfunktioner og onlinefora. Hvis borgeren ikke selv kan navigere i systemet, eller ikke kender egne behov, da bruges kan spørgeskemaets resultat bruges som guide.

²¹ Head to Health, 2023, 'About Head to Health': About Head to Health | Head to Health

²² The University of Melbourne, 2022, Independent evaluation of the Head to Health Digital Mental Health Gateway - Final report

²³ Head to Health, 2023, Quiz: What should I do now? | Head to Health

Målgruppe

Head to Health har fire målgrupper: 1) Borgere uden diagnoser, der søger råd til forbedret mental trivsel, 2) Borgere med diagnoser som fx skizofreni, angst eller depression, 3) Pårørende til mennesker med mentale problemer eller diagnoser og 4) Fagprofessionelle, der arbejder inden for psykiatrien.

Resultater og læring

Den australske regering brugte i perioden 2017-2021 \$17 mio. på at implementere og vedligeholde Head to Health. I samme periode var der gennemsnitligt 50.694 nye brugere hver måned, og i 2020 blev Head to Health anvendt af 4,3 pct. af den australske befolkning. Brugere benytter forskellige enheder for at tilgå Head to Health: 49 pct. fra computere, 47 pct. fra mobiler og 4 pct. fra tablets. Brugerprofilen viser, at 73 pct. var kvinder, og 62 pct. var i alderen 18-50 år.²⁴

Spørgeskemaundersøgelser viser, at 47 pct. af de adspurgte læger kender hjemmesiden, at brugere oftest finder platformen gennem en online søgning, og at halvdelen af brugerne i undersøgelsen oplevede barrierer til at finde støtte, indtil de fandt Head to Health. Erfaringer fra projektet viser dog også, at manglende synlighed og navigationsproblemer fortsat kan være hindringer ift. at anvende løsningen optimalt for nogle brugere.

Repræsentanter fra sundhedssektoren i Australien forventer, at Head to Health kan reducere byrden på psykiatriske tilbud grundet større tilgængelighed af selvhjælp, samling af klinisk information og facilitering af individualiserede behandlingsforløb. Forskning viser, at Head to Health er billigere end de tidligere digitale tjenester, som Head to Health erstattede, i forhold til udgifter pr. henvisning og brugeromkostnings-effektivitet til behandling af depression og angst i forhold til standardbehandling.²⁴ Der findes dog ingen økonomiske beregninger på den samlede effekt af Head to Health.

²⁴ The University of Melbourne, 2022, Independent evaluation of the Head to Health Digital Mental Health Gateway - Final report

3.3 Sundhedsplatform med fokus på mental sundhed i Canada

Wellness Together Canada (WTC) er en national platform på psykiatriområdet i Canada, som skaber overblik over informationssider, selvhjælpsprogrammer, chatgrupper og kontaktinformation til fagprofessionelle.

Kontekst og formål

WTC blev oprettet som svar på bekymringer om stigende mentale udfordringer og brug af rusmidler under COVID-19 pandemien. WTC adresserer mentale udfordringer ved bl.a. at samle informationssider, links til sociale støttegrupper og kontaktinformation til fagprofessionelle.

Løsningen

WTC giver adgang til mere end 500 tilbud til borgere og sundhedsprofessionelle fordelt på seks hovedkategorier:

1. **Information:** En bred vifte af selvhjælpsartikler, videoer og informationssider, der giver brugere information om strategier til at sikre mental sundhed, samt hvordan man håndterer et bredt spektrum af diagnoser fra stress, angst og depression til afhængigheder som ludomani
2. **Øvelser:** Kurser og læringsmoduler, der støtter patienter i håndtering af deres egen mentale sundhed vha. fx øvelser til mindfulness, stresshåndtering, afvænnelse, samt programmer rettet mod konkrete diagnoser som fx depression
3. **Netværk:** Information og links til grupper, online fora og peerstøtte inden for ludomani, rusmiddelafhængigheder og mental sundhed. Peerstøtte er støtte af borgere, der selv tidligere har haft behov for hjælp inden for en af de tre kategorier, og dermed kan dele deres erfaringer
4. **Monitorering:** Spørgeskema og selvvurderingsværktøjer til selvmonitorering, som muliggør, at borgeren kan følge sin trivsel over tid. Der spørges bl.a. ind til borgerens humør, velbefindende og funktionsniveau (om borgeren føler sig i stand til at udføre daglige gøremål)
5. **Dialog:** Sundhedsfaglig rådgivning om håndtering af bekymringer, sorg og tab, stress og håndtering af rusmiddelafhængighed og ludomani via chat, telefon eller videochat
6. **Krisehåndtering:** Adgang til krisehjælp via chat eller telefonopkald. Linjerne er opdelt for voksne, børn/unge og pårørende til mennesker i krise.

WTC kan tilgås enten via wellnesstogether.ca eller Pocketwell-appen, som er udviklet og drevet af WTC. De fleste hjælpetilbud kan tilgås anonymt, men anvendelsen af e-kurser og selvmonitorering kræver registrering af brugeren. Borgeren kan enten benytte et navigationsværktøj og selv søge tilbud frem, eller de kan chatte eller snakke med en WTC-ansat, som guider borgeren hen til relevante tilbud.

Målgruppe

WTC har fire separate målgrupper: 1) Borgere uden specifikke diagnoser, der søger råd til forbedret mental trivsel, 2) Borgere med afhængighed, fx rusmiddelafhængighed eller ludomani, 3) Borgere med diagnoser, fx depression eller angst og 4) Professionelle, der arbejder inden for psykiatrien.

Resultater og læring

WTC blev udarbejdet i 2020 af en vifte af organisationer herunder Homewood Health, Kids Help Phone og Stepped Care Solutions med finansiering fra den canadiske regering. WTC er den første og eneste nationale online platform for mental sundhed i Canada²⁵. I 2022 budgetterede Canada med at bruge \$140 millioner på udvidelsen af både WTC-websiten og Pocketwell-appen. Dette kommer oveni \$62 millioner i investering i 2022.²⁶

Brugen af WTC demonstrerer, at den møder et behov i sundhedsvæsenet. Fra april 2020 til maj 2023 havde WTC 3,5 millioner unikke besøgende med mere end otte millioner sessioner.²⁵ I august 2021 var der noteret 32.000 kontakter til krisehåndteringen, hvoraf 7.300 af disse omhandlede selvmordstruede.²⁷ I 2021 var majoriteten af brugerne kvinder, og omkring halvdelen var børn eller unge under 30. 61 pct. af brugerne rapporterede at benytte siden, fordi den er gratis og online.

Tidlige erfaringer viser tre resultater: 1) Halvdelen af kontakterne til krisehåndteringen ligger uden for lægernes normale åbningstider, 2) En fjerdedel af brugerne havde ikke søgt hjælp andre steder, hvis ikke de havde søgt hjælp gennem WTC og 3) 2/3 af de personer, der går ind på chatfunktionen, deler noget, som de ikke tidligere har delt. Resultaterne taler for, at WTC spiller en væsentlig rolle som adgang til hjælp.²⁷

²⁵ Wellness Together Canada, 2023, Wellness Together Canada Frontline Toolkit (English) (ctfassets.net)

²⁶ Toronto Star, 2021, 'A national online mental health portal had 1.2 million users in its first year. Is Wellness Together Canada here to stay?' (thestar.com)

²⁷ Government of Canada, 2022, 2022 Progress Report: The Federal Framework for Suicide Prevention - Canada.ca

Andre eksempler på digitale fordøre til psykiatrien

Ud over de to beskrevne cases ovenfor, findes der en række andre eksempler på digitale fordøre til psykiatrien, herunder:

- NHS og Mental Health Foundation I Storbritannien
- MindHelp i Danmark
- Mindspot, Australien
- MindDoc i Tyskland
- Scottish Association of Mental Health i Skotland
- Mielenterveystalo i Finland.

Stor variation i funktioner

Alle de nævnte digitale fordøre har information om mental sundhed og specifikke diagnoser herunder rådgivning til at opnå mental trivsel, samt kontaklinformationer til fagprofessionelle. Herudover er der dog stor forskel på funktioner.

Selvhjælp: Nogle digitale fordøre til psykiatrien tager et skridt videre og tilbyder selvhjælpskurser, fx MindHelp, MindDoc, MindSpot og Mielenterveystalo. Bredden af selvhjælp varierer fra tips til bedre mental trivsel til deciderede kurser med videomateriale inden for specifikke diagnoser. Nogle platforme tilbyder herudover selvmonitorering med henblik på at vurdere, om kurserne hjælper. På MindDoc kan brugeren fx følge sin udvikling i en tilhørende app.²⁸ Selvmonitorering er dog ikke udbredt.

Dialog med fagprofessionelle: Nogle få platforme tilbyder dialog med fagprofessionelle. Her er dog variation i de kanaler der bruges til kontaktformidling. MindHelper i Danmark, som kun er rettet mod unge, gør brug af en brevkasse.²⁹ Andre løsninger er chat og videokonsultationer, eller direkte telefonlinjer som fx bruges af MindSpot.³⁰ I sjældne tilfælde kobles en fagprofessionel til at coache brugeren. MindDoc tilbyder fx ugentlige konsultationer med en psykoterapeut, dog med brugerbetaling.³¹

Udredning: Enkelte løsninger har indbyggede værktøjer til udredning af specifikke diagnoser online. Heriblandt er MindSpot og MindDoc.

AI-baseret funktionalitet: En enkelt løsning - Mielenterveystalo - har en virtuel AI-baseret chatbot, der guider brugeren frem til de rette spørgerammer, selvhjælp og information.³²

²⁸ MindDoc, 2023, MindDoc Online-Therapie ohne Wartezeit

²⁹ MindHelper, 2023, Brevkasse for Unger: Skriv til Mindhelpers brevkasse og få gode råd

³⁰ MindSpot, 2023, MindSpot Clinic - Free Online Mental Health Support

³¹ MindDoc, 2023, MindDoc Online-Therapie ohne Wartezeit

³² Mielenterveystalo.fi, 2023, Home | Mielenterveystalo.fi

3.4 Digital fordør med MDR-certificeret AI triagering i Sverige

Platform 24 er en svensk sundhedsudbyder med en certificeret digital fordør. Platform 24 sælger endvidere deres digitale fordørs løsning til andre udbydere.

Kontekst og formål

Platform 24 har til hensigt at skabe en mere tilgængelig og effektiv patientoplevelse, ved at integrere digital teknologi og AI-værktøjer i visitationen af patienter til sundhedsydelser.³³

Løsning

Platform 24 tilbyder en samlet digital løsning, som dækker over fire funktioner:

1. **Digital fordør:** Platform 24 har én samlet digital fordør ved navn 'Front Door', som kan tilgås gennem både en app og en hjemmeside. Her kan patienter bl.a. få overblik over egen sundhedsjournal, booke konsultationer, chatte med sygeplejersker, udfylde spørgeskemaer om symptomer, få råd til selvhjælp og rapportere sundhedsdata. Front Door kan integrere data fra andre apps, fx SmartWatches eller sundhedsappen på iPhones. Front Door benytter baggrundsdata fra patienten, fx alder, køn og tidligere sygehistorik, til at rådgive patienten om egen sundhed.³⁴ Front Door benyttes som digital fordør til både praktiserende læger, speciallæger og psykologer.³⁵ Vejen fra fordøren til kontakten med disse sundhedsydelser varetages gennem en AI-baseret triagering
2. **AI triageringsværktøj:** Platform 24 har et AI-baseret triageringsværktøj, Triage 24, der sammenkobler patientens historiske sundhedsdata med input fra det fornævnte spørgeskema om symptomer. Ud fra svarene og patientens baggrundsdata anbefaler Triage 24 en handling. Handlingen kan inkludere selvhjælp eller henvisning til at kontakte en sygeplejerske/en lægefaglige eller til at række ud efter akut hjælp. Triage 24 kan efter henvisning formidle kontakten direkte ved at omstille patienter til et digitalt kø-system
3. **Digitale kontakter:** Patienter kan have kontakt med sygeplejersker, læger og speciallæger gennem enten chat, opkald eller video. Der findes tre forskellige typer møder:
 - a. **Planlagt kontakt mellem sundhedsfaglig og patient:** Efter valg af kontaktkanal afholdes konsultationen, evt. med inddragelse af flere parter som pårørende, tolke eller socialrådgivere
 - b. **Spontan kontakt mellem sundhedsfaglig og patient:** Patienter, der interagerer med den digitale fordør og vha. Triage 24, sendes i kø til konsultation med en sundhedsfaglig. Triageringen indebærer en sortering af køen, så patienter med mere akutte behov tilses først.³⁶ Mens patienter er i køen, kan lægen/sygeplejersken gennemgå patientens sag og vælge enten selv at tage imod patienten, at omdirigere patienten direkte til en speciallæge, eller at give patienten muligheden for selv at booke tid hos en speciallæge³⁷

³³ Platform24, 2023, About us - Platform24

³⁴ Platform24, 2023, Front Door - Platform24

³⁵ Platform24, 2022, A digital front door to healthcare in everyone's pocket - Platform24

³⁶ Platform24, 2023, Consultation - Platform24

³⁷ Platform24, 2023, Consultation - Platform24

- c. **Kontakt mellem sundhedsfaglige:** Sundhedsfaglige kan bruge intern chat eller videomøder til at diskutere patientsager og behandlingsmuligheder. Sundhedsfaglige kan booke sig ind ved hinanden gennem portalen
4. **Datadrevet støtte:** Sundhedsfaglige kan få datadrevet støtte ad to veje:
- a. **Selvmonitorering:** Patienter kan selvrapportere symptomer og specifikke målinger. Eksempelvis kan kroniske patienter selvmonitere med udleveret udstyr, mens patienter med psykiske lidelser kan monitorere egen tilstand gennem spørgeskemaer. Data gøres herefter tilgængeligt for lægerne. Platform 24 benytter en algoritme til at analysere trends i patienters data, hvorefter den giver besked til lægerne, hvis data viser tegn på forværring³⁸
 - b. **Triagering:** Efter endt AI triagering deles resultater og anbefalinger med den sundhedsfaglige. Herefter har vedkommende ansvaret for enten at diagnosticere patienten og lave en behandlingsplan eller at henvise patienten videre. Den sundhedsfaglige træffer således en AI- og dataunderstøttet beslutning om den rette behandling.

Målgruppe

Løsningerne fra Platform 24 er tiltænkt den brede befolkning.

Resultater og læring

Platform 24 blev grundlagt i 2016 af en gruppe læger, ingeniører og erhvervsprofessionelle, og har været på det svenske marked siden 2017. Mere end 5 millioner patienter har indtil videre benyttet Platform 24³⁹. Platform 24's løsninger kan skabe adgang til både alment praktiserende læger, hospitaler og psykiatere. Der er mere end 500.000 digitale interaktioner pr. måned på platformen. Patienttilfredsheden er høj med en score på 4,9/5 og en tilfredshed blandt klinikere på 4,8/5.³⁹ Gennemsnitsalderen for brug af Platform 24 i Sverige er 60 år.⁴⁰

Platform 24's triageringsværktøj har modtaget en klinisk MDR-certificering, hvilket betyder, at softwaren ikke blot tjekker symptomer, men også er godkendt til at lave reelle anbefalinger til behandlingsforløb. Patientens brugeroplevelse og forståelse for anvendelsen af det digitale værktøj, udgør en del af baggrunden for certificeringen.

Erfaringer fra Platform 24 viser, at sygeplejersker med digitale konsultationer kan håndtere tre gange så mange patienter som ved fysiske konsultationer, og at op mod 25 pct. af patienterne modtager udelukkende hjælp gennem digitale kanaler. Erfaringer fra Sverige viser desuden: 1) 20 pct. af patienterne har ikke brug for medicinsk rådgivning eller interaktion efter at have været i kontakt med den digitale triagering, 2) 30 til 40 pct. af patienterne kan nøjes med fuldt digital behandling og 3) Sundhedsprofessionelle kan spare fire til otte minutter pr. patient i administration. Som et resultat kan gennemsnitligt 20 pct. flere patienter blive behandlet af en sundhedsprofessionel.⁴¹

³⁸ Platform24, 2023, Pathways - Platform24

³⁹ Platform24, 2023, Patient Journey - Platform24

⁴⁰ Innovation Origins, 2022, Platform24 first European health app to receive EU certification as a medical device - IO (innovationorigins.com)

⁴¹ Innovation Origins, 2022, Platform24 first European health app to receive EU certification as a medical device - IO (innovationorigins.com)

3.5 AI-støttet digital fordør til en privat sundhedsudbyder i USA

K Health er en privat udbyder af konsultationer med alment praktiserende læger og speciallæger. Visiteringen af patienter er i K Health understøttet af AI-drevet triagering.

Kontekst og formål

K Health har bygget en AI-drevet chatbot, der har til hensigt at skabe bedre triagering af deres patienter.

Løsning

K Health er en sundhedsudbyder, som behandler patienter i én af fem forskellige kategorier: 1) Voksne almen medicinske, 2) Akutte, 3) Psykiatriske, 4) Børn og 5) Overvægtige. K Health benytter et AI-triageringsværktøj til at visitere patienter, som bruger data fra tre forskellige kilder til at vurdere patientens diagnose og rette behandling:

1. **Sundhedsjournaler:** Algoritmens datagrundlag bygger på 670 millioner anonymiserede sundhedsjournaler fra Maccabi Health Solutions⁴², én af Israels største sundhedsudbydere. Desuden bruges anonymiseret sundhedsdata fra 4,7 millioner patienter og 1,2 millioner laboratorieresultater fra Mayo Clinic⁴³
2. **Baggrundsdata på patienten:** Data på patientens alder, køn og sygehistorik er tilgængelig for AI-værktøjet i løbet af triageringsprocessen
3. **Patientinput på symptomer:** Patienten chatter med en chatbot, der stiller spørgsmål til patientens symptomer herunder varighed, smertegrad med mere.

Triageringsværktøjet fungerer ud fra konceptet 'Patient-Like-Me (PLM)', der gennem fire trin skaber en patientprofil:

1. Algoritmen finder i de anonymiserede sundhedsjournaler patienter, der har lignende baggrundsdata og sundhedshistorik, og som har lignende symptomer
2. Algoritmen analyserer dernæst, hvilke diagnoser patienterne i baggrundsdatasættet fik, hvilke sundhedsfaglige de talte med, hvilken medicin de fik, og hvordan behandlingsforløbet var
3. Patienter fremvises resultaterne for analyser af patienttyper med lignende diagnoser og behandlingsforløb. Resultaterne vises med procentvis angivelse af træfsikkerheden (fx 73 pct. med lignende baggrund og symptomer havde halsbetændelse, og 84 pct. af disse var i kontakt med deres alment praktiserende læge)
4. Patienten rådgives herefter til at tage den handling, som de fleste patienter i datagrundlaget tog, fx kontakte en alment praktiserende læge. Den sundhedsfaglige modtager resultaterne fra AI triageringen til støtte i det videre behandlingsforløb. Eksempelvis gives lægen en liste på de fem mest sandsynlige diagnoser med dertilhørende sandsynligheder.⁴²

Foruden AI triagering digitaliserer K Health også kontakten mellem sundhedsfaglige og patienter ved hjælp af telemedicin. De fleste konsultationer håndteres derfor online.

⁴² National Library of Medicine, 2019, "A patient like me" - An algorithm-based program to inform patients on the likely conditions people with symptoms like theirs have - PMC (nih.gov)

⁴³ Forbes, 2023, This AI Helps Treat Patients-And May Soon Be At A Hospital Near You (forbes.com)

Hvis patientens behov ikke kan løses digitalt, kaldes patienten ind til en fysisk klinik. K Health uddanner sine klinikere til brug af de digitale værktøjer i en periode på en til to uger, inden klinikerne konsulterer patienter.⁴⁴ Specifikt foregår træningen af nyansatte klinikere i K Health via live-sessioner med et team af erfarne ansatte, hvor sikker brug af platformen gennemgås. Inden klinikeren må tage imod patienter, skal de godkendes af en erfaren ansat.⁴⁴

Målgruppe

Løsningerne fra K Health er tiltænkt den brede befolkning herunder voksne, ældre og børn, kronikere, akutte patienter, med mere.

Resultater og læring

K Health blev etableret i 2016 og lancerede i 2018 den første triageringsalgoritme. I 2019 lancerede K Health yderligere den telemedicinske brugerflade. Sidenhen er K Healths teknologi blevet videreudviklet gennem partnerskaber, der inddrager yderligere relevant sundhedsdata, fx sygehuskæden Mayo Clinic og forsikringssselskabet Anthem. K Health har i alt rejst 325\$ millioner til finansiering af projektet.⁴⁵

I 2018 blev K Healths app downloadet 180.000 gange, og i 2020 var K Health tilgængelig i 48 stater i USA. I 2021 nåede K Health en million patientbesøg på appen. Historisk har 10 millioner mennesker interageret med AI chatbotten, hvoraf 3,1 millioner af dem valgte at kontakte en sygeplejerske eller en læge efter kontakten med chatbotten.

70 pct. af de patienter der starter en samtale med K Healths chatbot, ender med at gennemføre en chat-baseret konsultation.⁴⁶ Forskning fra 2019 viser, at patienter i gennemsnit svarer på 22 spørgsmål, før chatbotten når et resultat. Ud af de 225 forskellige typer symptomer, der undersøges for, er ondt i ryggen, maven eller brystet de hyppigste. Dog beskrives i gennemsnit mellem tre og fire forskellige symptomer.

I forhold til potentialet for at sikre patientsikkerhed, er træfsikkerheden for den automatiske triagering blevet analyseret. I 82,4 pct.⁴⁷ af tilfældene var den endelige diagnose stillet af den sundhedsfaglige blandt de fem mest sandsynlige diagnoser foreslået af AI-værktøjet. Ud af disse foreslog AI-værktøjet i 60,9 pct. af tilfældene den rette diagnose som mest sandsynlig.⁴⁷ Der var dog stor variation mellem træfsikkerheden alt afhængig af diagnosetype.⁴⁸ Det forventes, at træfsikkerheden øges i takt med, at algoritmen får mere data over tid. Med baggrund i ovenstående, bruges AI triagering for nuværende som en anbefaling og ikke til at skabe en definitiv diagnosticering eller behandlingsanbefaling.

⁴⁴ K Health, 2023, Remote telemedicine opportunities starting at \$215K (khealth.com)

⁴⁵ Calcalist Tech, 2023, Unicorn K Health raises \$59 million in down round | Ctech (calcalistech.com)

⁴⁶ Forbes, 2023, This AI Helps Treat Patients-And May Soon Be At A Hospital Near You (forbes.com)

⁴⁷ National Library of Medicine, 2019, "A patient like me" - An algorithm-based program to inform patients on the likely conditions people with symptoms like theirs have - PMC (nih.gov)

⁴⁸ Science Direct, 2023, Diagnostic Accuracy of Artificial Intelligence in Virtual Primary Care (sciencedirectassets.com)

4 Opgaveflytning til lavere specialiseringsgrad

4.1 App til støtte af diagnosticering af hudkræft i almen praksis

Dermloop er en dansk app der forbedrer alment praktiserende lægers håndtering og diagnosticering af hudkræft

Kontekst og formål

Der er 18.000 årlige tilfælde af hudkræft i Danmark, men kræften opdages ofte for sent. Ydermere fjernes op til 75 godartede modermærker for hvert tilfælde af modermærkekræft, hvilket ifølge Innovationsfonden har en årlig omkostning på over 200 millioner kroner.⁴⁹ 25-28 pct. af de tilfælde, hvor der bliver diagnosticeret modermærkekræft, har været på venteliste i 5-40 uger alt efter geografisk placering i Danmark.⁵⁰ Appen, Dermloop, imødekommer dette ved at understøtte hurtigere og bedre afklaring på potentiel hudkræft.

Løsningen

Dermloop har to forskellige komponenter: 1) en administrativ portal, der understøtter kommunikation mellem specialister og praktiserende læger, og 2) en læringsplatform, som opkvalificerer den praktiserende læge til bedre at kunne diagnosticere hudkræft. Den administrative portal fungerer via to platforme:

1. **Dermloop Desktop:** Internetbaseret portal til administration af patientjournaler og billeder af hudlæsioner samt til kommunikation mellem fagprofessionelle. Portalen fremmer samarbejde mellem alment praktiserende læger, hudlæger og patologer
2. **Dermloop Capture:** Registreringsapp til håndholdte enheder, der overfører billeder af hudlæsioner til Dermloop Desktop. I praksis tager lægen billeder af hudlæsionen og sender dem til et team af eksperter, som herefter kan vurdere, om patienten skal have en henvisning, excision, biopsi, en teledermatologisk vurdering eller have periodisk overvågning af læsionen.

Læringsappen har én kontaktflade:

- 2a **Dermloop Learn:** Læringsportal, som hjælper læger med at opnå erfaring med diagnosticering af hudkræft. Portalen har over 20.000 billeder af hudlæsioner og dertilhørende diagnose, som lægen kan øve sig på. Portalen giver feedback på, om lægen diagnosticerer korrekt, og bruger AI til at vurdere, hvor lægen befinder sig på sin læringsrejse. På den måde kan en fagprofessionel ifølge Dermloop trænes i diagnosticering af hudlæsioner hurtigere, end erfaring med egne patienter muliggør.

⁴⁹ Innovationsfonden, 2020, Artificial intelligence to educate the doctors of the future | Innovation Fund Denmark (innovationsfonden.dk)

⁵⁰ Herlev Bladet, 2023, Sådan vil ung forsker revolutionere kampen mod hudkræft - Heleherlev

Dermloop flytter aktiviteter fra speciallægerne til de alment praktiserende læger ved at opkvalificere praktiserende læger til diagnosticering og ved at effektivisere kommunikationen med speciallæger i tvivlstilfælde.⁵¹

Målgruppe

Dermloop har en direkte og en indirekte målgruppe. Den direkte målgruppe er brugerne af Dermloop, hvilket er den praktiserende læge og specialisterne. Den indirekte bruger er patienten, der er tiltænkt at opleve et hurtigere og bedre patientforløb som følge af brugen af Dermloop.

Resultater og læring

Innovationsfonden har investeret 10 millioner kroner i Dermloop. Dermloop anvendes i Region Hovedstaden, Region Syddanmark og klinikker i andre regioner, som selv har taget initiativ til at bruge appen. 2600 læger havde downloadet appen i marts i 2023.⁵²

Hidtidige erfaringer peger på tre gevinster ved Dermloop: 1) Ventetiden på diagnosticering af hudkræft kan reduceres fra flere uger til et par dage, 2) Klinikker kan for nuværende sende 20 pct. færre patienter videre til speciallæger efter indførelsen af Dermloop⁵³, og 3) Dermloop lader specialister og praktiserende læger kommunikere uafhængigt af geografi, hvilket adresserer ulige ventetider i Danmark. Det forventes, at det over tid vil være muligt at lade sygeplejersker stå for scanningen.⁵⁴

Dermloop bruges bedst som et supplement, der skal sikre rette behandling til bl.a. lavrisikopatienter.⁵⁵ Dermloop forventes at forøge tiden brugt på en patient af almen praksis og lede til mindre tidsforbrug hos speciallæger.⁵⁶

⁵¹ Maletech, 2023: Melatech - Advancing AI software in public health – Dermloop

⁵² Innovationsfonden, 2020, Artificial intelligence to educate the doctors of the future | Innovation Fund Denmark (innovationsfonden.dk)

⁵³ Medicinsk Tidsskrift, 2023, App til melanomer kan blive en gevinst for sundhedsvæsenet, men en ekstra opgave til almen praksis (medicinsktidsskrift.dk)

⁵⁴ Herlev Bladet, 2023, Sådan vil ung forsker revolutionere kampen mod hudkræft - Heleherlev

⁵⁵ DenOffentlige.dk, 2023, Ny app i kampen mod hudkræft: Sådan fungerer den (denoffentlige.dk)

⁵⁶ Katrine Karmisholt, Overlæge på hudafdelingen, Bispebjerg Hospital

Andre eksempler på brug af teknologi til ændring af behandlingsforløb

Dermloop er blot ét eksempel på, at teknologi kan benyttes til at ændre behandlingsforløbet for patienter. Inden for dermatologi findes fx også:

- Viamed i Spanien
- mySantagostino i Italien.

Der findes ligeledes eksempler på teknologiske løsninger inden for andre områder, herunder kan nævnes:

- Genoptræn|dk i Danmark
- AI screening af røntgenbilleder i Region Nordjylland
- Video-konsultationer med flere sundhedsfaglige i Nysted.

Teknologiske løsninger effektiviserer behandlingsforløb: De fleste eksempler på teknologiske løsninger har til formål at mindske behovet for specialiseret sundhedsfaglig involvering eller effektivisere processer med henblik på at frigøre ressourcer hos speciallæger og/eller alment praktiserende læger.

Styrket kommunikation gennem teknologiske løsninger: Styrket informationsdeling mellem fagprofessionelle vha. teknologi er vigtigt element i forhold til at støtte fx almen praktiserende læger i bedre håndtering af særlige lav-komplekse opgaver. Eksempelvis giver Viamed praktiserende læger og dermatologer mulighed for at kommunikere vedr. billeder af hudlæsioner, allerede inden patienten tilses første gang. Dette skaber en bedre håndtering af de tilfælde, der kræver hurtigt respons. På samme vis bruger man telekonsultationer til at bringe patient, alment praktiserende læge samt speciallæge fra sygehus eller hjemmesygeplejerske fra kommunen i samme virtuelle rum. Den almene praksis i Nysted bruger ofte denne metode til at samle forskellige sundhedsfaglige kompetencer og dermed at skabe det optimale forløb for patienter.

Teknologi til selvbehandling: Teknologi kan også skabe ejerskab over egen sundhed for patienten. mySantagostino og genoptræn|DK benytter begge apps, der hjælper patienten til at varetage egen behandling. Genoptræn|dk lader patienter tilgå fysioterapeutiske øvelser målrettet individualiserede behov.⁵⁷ På samme måde giver mySantagostino patienter information om hudlæsioner. Patienter tager selv billeder af deres hud, hvorefter der med anvendelse af AI gennemføres en screening for tegn på hudkræft.⁵⁸ Dette hjælper patienter til selv at vurdere, om yderligere kontakt med sundhedsvæsenet er nødvendig.

Effektivisering af lægefaglige opgaver: AI bliver benyttet i Region Nordjylland til at skabe bedre og mere effektiv diagnosticering. Eksempelvis er machine learning algoritmer trænet på tidligere røntgenbilleder med henblik på at kunne identificere forandringer af knoglestrukturen. AI benyttes nu som "første screening" af røntgenbilleder og giver dermed en anbefaling til lægen, om hvorvidt der er tegn på knoglebrud.⁵⁹ Hvor der før skulle to uvildige læger til at vurdere et billede, nøjes man nu med en.

⁵⁷ Syddansk sundhedsinnovation, 2023, Rehabilitation|dk - your digital training partner (syddansksundhedsinnovation.dk)

⁵⁸ mySantagostino, 2023, mySantagostino: our app is enriched with new features | Santagostino Medical Center

⁵⁹ Region Nordjylland, 2023, Kunstig intelligens afgør røntgenbilleder og giver mindre kø på skadestuen (rn.dk)

4.2 Udflytning af specialiseret behandling af lav kompleksitet i Holland

Primary care plus (PC+) var et pilotprojekt der søgte at styrke tværsektorielt samarbejde i nærområderne i Holland.

Kontekst og formål

For at mindske presset på det hollandske sundhedsvæsen blev der på forsøgsbasis i 2013 etableret ni regionale enheder til at levere visse specialiserede sundhedstjenester. På ét af disse steder (Blue Care i Maastricht-Heuvelland) blev interventionen PC+ udviklet. Formålet med modellen var at flytte specialiseret behandling af lav kompleksitet fra sekundærsektor til primærsektor ved at integrere sygehuspecialister i de primære sundhedsydelser.

Løsningen

Med PC+ oprettes særskilte sundhedshuse, der bemannes af speciallæger fra sygehuse. Specialistopgaver af lav kompleksitet flyttes ud af sygehusene og ind i PC+ enheden. Patientrejsten med PC+ modellen har tre faser:

1. **Henvi sning:** En praktiserende læge henviser patienten til en PC+ facilitet, hvis der er tvivl om behandling, diagnose eller videre henvisning af patienten til sygehuset
2. **Vurdering:** Specialister, herunder bl.a. dermatologer, ortopædkirurger og neurologer, udfører korte konsultationer af de henviste patienter
3. **Behandling:** Almen praksis modtager feedback fra specialisten på, hvilken behandling patienten skal have, herunder om patienten skal behandles ved almen praksis eller skal til videre behandling hos specialister på sygehuset.

Den praktiserende læge beholder behandlingsansvaret for patienten, hvorfor PC+ modellen underbygger den almene praksis rolle som 'gatekeeper'.⁶⁰ PC+ enheden havde et max på to besøg pr. patient pr. medicinsk problem med henblik på at sikre, at patienten ikke blev kastet frem og tilbage i systemet. Tidsrammen for en konsultationstid var 20-30 minutter for første konsultation og 10-15 minutter for en tilbagevendende konsultation med nogen variation over medicinske specialer.⁶¹ Tidsgrænsen reflekterer, at PC+ specialister primært forholder sig hurtigt til behandling eller videre henvisning.

Målgruppe

Målgruppen for PC+ var patienter med lavkomplekse og ikke-akutte sygdomsbehov inden for dermatologi, gynækologi, øre-næse-hals, intern medicin (herunder gastroenterologi), neurologi, oftalmologi, ortopædi, reumatologi og urologi.

Resultater og læring

PC+ modellen endte ikke med en fuld udrulning i Holland. Pilotforsøget blev søsat i 2013 og løb indtil 2014. I alt henviste 55 almene praksisser i alt 4536 patienter til de to PC+ enheder i forsøgsperioden. Der var ret stor variation i henvisningsraten til

⁶⁰ BMC Primary Care, 2019, Substitution of hospital care with Primary Care Plus: differences in referral patterns according to specialty, specialist and diagnosis group | BMC Primary Care | Full Text (biomedcentral.com)

⁶¹ International Journal of Integrated Care, 2016, Substitution of Hospital Care with Primary Care: Defining the Conditions of Primary Care Plus - International Journal of Integrated Care (ijic.org)

forskellige specialer efter en PC+ konsultation - fra 8,6 pct. for gynækologi til 43,8 pct. for ortopædisk kirurgi. 69 pct af patienterne, som blev henvist til PC+, blev henvist tilbage til deres alment praktiserende læge med en anbefaling omkring behandling fra PC+ specialisterne.⁶²

Der er identificeret tre positive effekter ved PC+ i foreløbig forskning: 1) 13 pct. højere tilfredshed hos patienter i PC+, 2) 45 pct. point flere PC+ patienter havde en konsultation inden syv dage i forhold til ikke-PC+ patienter og 3) Patienter oplevede den samme kvalitet af behandlingen på tværs af patienter i og uden for PC+.⁶²

Den foreløbige forskning er dog ikke entydig omkring, hvorvidt PC+ lykkedes med at flytte specialiseret behandling af lav kompleksitet ud af sygehuset. Specifikt er der tvivl om, hvorvidt PC+ reelt flytter patienter ud fra sygehusene, eller om det blot øger efterspørgslen efter lavkomplekse specialistopgaver.⁶³

Forskning viser, at PC+ kan lede til en reduktion i sundhedsrelaterede omkostninger, der kan kobles direkte til en patient. Det er dog uvist, om PC+ også leder til en reduktion i samlede omkostninger for sundhedssystemet, da omkostninger som transport af specialister, indirekte omkostninger og potentielle ekstra omkostninger for den primære sektor ikke er taget i betragtning.⁶³

⁶² BMC Primary Care, 2019, Substitution of hospital care with Primary Care Plus: differences in referral patterns according to specialty, specialist and diagnosis group | BMC Primary Care | Full Text (biomedcentral.com)

⁶³ Plos One, 2019, Substituting hospital-based outpatient cardiology care: The impact on quality, health and costs | PLOS ONE

Andre eksempler udflytning af speciallæge kompetencer

Det er ikke kun i Holland, der er gennemført målrettede forsøg på at flytte lavkomplekse specialistopgaver ud af sygehusene. Der er dog stor variation i bredden af opgaver, som bliver flyttet. Hvor PC+ modellen forsøgte at flytte lavkomplekse opgaver ud bredt, er andre løsninger mere fokuserede på specifikke specialer. Specielt i England er der flere eksempler på at flytte lavkomplekse opgaver ud, herunder:

- Muskel-skelet behandling på West Cheshire
- Muskel-skelet behandling på NHS-klinikker
- Reumatologisk behandling på Haywood Rheumatology Centre

Bedre visitation: Fælles for alle løsninger er, at man søger at skærpe hvilke patienter, der sendes videre til sygehuset. Dette sker typisk vha. en ekstra gatekeeperfunktion, hvor specialister selv håndterer de mindre komplekse opgaver, og samtidig kan afgøre, om den videre behandling skal ligge ved sygehuset eller hos praktiserende læge.

Sam-lokation hjælper patienterne: Løsningerne fra England flytter specialisterne direkte ind hos de praktiserende læger. Eksempelvis flytter NHS fysioterapeuter ind på klinikken, hvor borgere kan booke tid direkte hos disse uden om den praktiserende læge. I West Cheshire er specialisterne inden for muskel-skelet kun til stede på klinikken én dag om ugen. I Haywood Medical Centre kan patienten blive henvist til sygehuset eller til en praktiserende læge eller sygeplejerske med særlig viden om reumatologi.⁶⁴ Lignende tiltag er også forsøgt i danske lægehuse. Fx har man ved almen praksis i Nysted ansat en jordemoder på fuld tid og en fysioterapeut på deltid.

Psykiatri: Løsninger på at flytte sundhedstilbud tættere på borgeren er dog ikke beholdt somatiske specialer. I Australien har man flyttet psykiatriske tilbud tættere på borgeren, ved at åbne centre for mental sundhed i nærområderne, hvor borgere kan komme ind uden tidsbestilling og møde fagprofessionelle, som enten kan hjælpe borgeren straks (fx selvmordstruede) eller referere borgeren videre til det rette tilbud.⁶⁵ Dette koncept er i Australien udviklet i sammenhæng med den digitale fordør Head to Health, der er beskrevet særskilt som case.

⁶⁴ Haywood Rheumatology Centre, 2014, Haywood rheumatology centre (kingsfund.org.uk)

⁶⁵ Health.gov.au, 2021, Service Model for Head to Health Adult Mental Health Centres and Satellites: Revised June 2021

4.3 Plejehjemslægeordningen

Fasttilknyttede plejehjemslæger sikrer kontinuitet i pleje og bedre kliniske resultater.

Kontekst og formål

Fasttilknyttede læger på plejehjem har til hensigt at skabe kontinuitet i den lægefaglige behandling af plejehjemsbeboere og dermed sikre et nært læge-patient-forhold.

Løsning

I 2016 indgik den danske regering, Kommunernes Landsforening, Danske Regioner og Praktiserende Lægers Organisation (PLO) en aftale, der muliggør, at der kan tilknyttes specifikke faste læger til individuelle plejehjem i Danmark.

Lægen kommer med faste intervaller, fx ugentligt, på plejehjemmet og tilser beboerne. Herudover tager lægen ansvar for at koordinere den enkelte beboers medicinering, behandling m.m. med plejepersonalet. Beboerne bliver således tilset regelmæssigt af den samme læge, og der skabes en bedre koordinering mellem plejepersonalet og den alment praktiserende læge.

Målgruppe

Beboere på danske plejehjem.

Resultater og læring

Initiativet var finansieret med 100 millioner kr. i perioden 2016-2019 til at udbrede løsningen. Siden implementeringen i 2016 er ordningen gradvist blevet mere udbredt, og 70-75 pct. af danske plejehjem var omfattet i 2023.⁶⁶ Der sigtes mod en udbredelse på 80 pct, da mangel på alment praktiserende læger besværliggør fuld udbredelse.

Resultaterne fra ordningen er betydelige. Evalueringen af forsøgsordningen viste således, at forebyggelige indlæggelser på plejehjem med en fasttilknyttet læge faldt med 28 pct., mens antallet af genindlæggelser faldt med 27 pct.⁶⁷ I Aarhus Kommune har man yderligere lavet et studie på effekterne af fasttilknyttede plejehjemslæger. Studiet viser 15 pct. reduktion i antallet af indlæggelser.⁶⁸

Foruden reduktion i indlæggelser skaber plejehjemslægeordningen andre fordele. Fasttilknyttede plejehjemslæger skaber således kontinuitet i plejen, forbedrer kommunikationen mellem læge og plejepersonale og sikrer et dybere kendskab til den enkelte beboers sundhedstilstand.⁶⁹ Ydermere får den alment praktiserende læge en større erfaring med håndtering af plejehjemsbeboere. Det indebærer, at beboerne genkender sin læge og føler sig bedre forstået, hvilket skaber øget tryghed og tilfredshed.⁶⁷ Samlet bidrager en fast plejehjemslæge til en generel forbedring af plejehjemsbeboernes livskvalitet. Personalet på plejehjemmene oplever også forbedringer, herunder højere arbejdstilfredshed og faglig udvikling.⁶⁶

⁶⁶ Via Ritzau, 2023, Plejehjemslæge: Vi har næsten ingen akutte besøg på plejehjemmet mere | Danske Regioner

⁶⁷ Ugeskriftet for læger, 2019, Faste plejehjemslæger giver bedre behandling til ældre

⁶⁸ Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2022, Full article: Health care utilization related to the introduction of designated GPs at care homes in Denmark: a register-based study (tandfonline.com)

⁶⁹ Ugeskriftet for læger, 2019, Alle elsker plejehjemslægen

4.4 Integrerede behandlingsforløb med almen praksis i central rolle

Integrerede behandlingsforløb reducerer omkostningerne i sundhedsvæsenet.

Kontekst og formål

Formålet med Hälsoستaden er at forbedre ressourceudnyttelsen ved at skabe synergi mellem primærsektor, kommunale sundheds- og plejeindsatser og hospitaler.

Løsning

I Sverige har regionerne, som i Danmark, traditionelt haft ansvar for alment praktiserende læger og sygehuse, mens kommunerne har haft ansvaret for ældrepleje og sociale ydelser. Den voksende gruppe af patienter med kronisk sygdom, der ofte er i kontakt med flere sektorer, skaber et øget pres for bedre koordinering af behandling og pleje. I Ängelholm har det resulteret i oprettelsen af Hälsoستaden ('Sundhedsbyen') med to særlige initiativer:

1. Der skabes et samlet budget, som dækker for tiltag på tværs af sektorer, mens barriererne mellem sygehusenes, og kommunernes og de praktiserende lægers budgetter blødes op. Hvis fx almen praksis laver initiativer, som reducerer trækket på sygehuse, gives refusion til almen praksis fra sygehuset
2. Der skabes bedre koordinering på tværs af sektorer, og almen praksis tager en større rolle i koordinering af behandlingsforløb. Der er særligt fokus på koordinering af behandlingsforløb for patientgrupper med særligt stort træk, fx multisyge eller ældre patienter

I modellen spiller den alment praktiserende læge en central koordinerende rolle i samarbejdet mellem de forskellige sundhedsaktører. En væsentlig innovation i Hälsoستaden er fx etableringen af en fælles weekend- og aftenklinik på Ängelholm Hospital. Klinikken, som integrerer 20 sundhedscentre med i alt 130.000 patienter, fungerer som et supplement til hospitalets akutafdeling og forbedrer almen medicinsk adgang udenfor praksis normale åbningstider.⁷⁰ Yderligere spiller sundhedscentret Laxen, som udgør en del af Hälsoستaden, en nøglerolle i behandling og pleje i Ängelholm. Centret har bl.a. ansvar for udekørende akutteams, som leverer akut behandling og pleje i hjemmet til ældre og skrøbelige, hvilket reducerer belastningen på hospitalet.

Alle sundhedsudbydere inden for Hälsoستaden har, med patientens godkendelse, adgang til den samme patientinformation via National Patient Overview (NPÖ), hvilket fremmer informationsdeling på tværs af sektorer.⁷¹

Målgruppe

Alle borgere med kontakt til sundhedsvæsenet.

Resultater og læring

Hälsoستaden blev godkendt som et pilotprojekt i 2013, men er i dag en fast implementeret del af sundhedssystemet i Ängelholm.⁷²

⁷⁰ Life-Time, 2014, Alla vinnare nar sjukhus, primarvard och äldreomsorg samlas under en hatt.

⁷¹ Hälsoستaden Ängelholm, 2019, Sensible care

⁷² Integrated People-Centred Health Services, 2016, Pioneering integrated organizational models for improving elderly people's care in Ängelholm, Sweden⁷² Hälsoستaden Ängelholm, 2019, Sensible care

Resultaterne fra Hälsostaden Ängelholm indikerer en markant forbedring i effektiviteten af behandling og pleje. Dette inkluderer reduktion af omkostninger, hurtigere om-
dirigering af patienter til det rette specialiseringsniveau og forbedret koordinering
mellem kommunal pleje, alment praktiserende læger og hospitalets specialiserede
medicinske tilbud. Disse forbedringer bekræfter potentialet og effektiviteten af mere
integrerede behandlingsforløb.⁷³

⁷³ Hälsostaden Ängelholm, 2019, Sensible care

4.5 Alment praktiserende læger som tovholder for kronikere

Almen praksis får økonomisk incitament for at varetage kronikeres behandlingsforløb.

Kontekst og formål

Det overordnede mål med initiativet var, at fjerne hindringer for samarbejde og at sikre midler til elementer af patienthåndtering, der ikke direkte involverer behandling, fx koordinering. De ansvarlige sundhedsprofessionelle får dermed et bedre grundlag for at tage et holistisk behandleransvar for patientens fulde behandlingsforløb. Patientindskrivning til programmet kan ske frivilligt for patienter der opfylder en række kriterier.⁷⁴

Løsning

Holland indførte i 2010 "bundtbetaling" ("bundled payments"/samlet betaling) for indsatsen til patienter med kroniske sygdomme. Med dette system får grupper af primære sundhedsprofessionelle (typisk alment praktiserende læger), kaldt "Care Groups", en årlig refusion fra forsikringsselskaberne for den samlede behandling af patienter med KOL, diabetes eller kardiovaskulær sygdom. Dette dækker den primære behandling, dvs. ydelser til håndtering af sygdommen samt til reduktion af risiko for komplikationer.⁷⁵

Care Groups er juridiske enheder der drives som selvstændige virksomheder. De består af et frivilligt partnerskab af 4-150 udbydere i primærsektor (hovedsageligt alment praktiserende læger), og varetager organisering af integrerede programmer for udvalgte kroniske lidelser. Care Groups sørger for, at behandlingen udføres, enten af gruppen selv eller af underleverandører. Bundtbetalingen dækker tværfaglige ydelser baseret på nationalt etablerede standarder.⁷⁴

Kliniske eksperter involveres direkte i Care Groups ledelse hvilket medfører et fokus på effektiv behandling af høj kvalitet. Derudover har reformen et "up stream"-fokus, idet hensigten er at forbedre ydelser i primærsektor for at forhindre dyr, specialiseret pleje.

Målgruppe

Borgere med en eller flere kroniske sygdomme.

Resultater og læring

Implementeringen af "Care Groups" gik over tre faser. I 2005 blev en handlingsplan for forbedring af diabetesbehandlingen udarbejdet af en national diabetes taskforce, hvilket førte til implementering af ordninger for bundtbetaling. I 2010 implementerede det hollandske parlament bundtbetaling nationalt og udvidede det til tre andre lidelser; parallelt hermed blev Care Groups til en ny juridisk enhed.

"Care Groups" er tiltænkt at stimulere integrationen af sundhedsydelser og reducere omkostningerne og sikre bedre klinisk kvalitet. Alligevel ses det i evalueringer, at sundhedsudgifterne steg efter reformen, især for multisyge patienter.⁷⁶

⁷⁴ World Health Organization, 2016, Netherlands: Health system review

⁷⁵ Struijs, J. N., et al, 2012, Three years of bundled payment for diabetes care in the Netherlands

⁷⁶ Karimi, Milad, et al., 2021, Bundled payments for chronic diseases increased health care expenditure in the Netherlands, especially for multimorbid patients

4.6 Specialist-hotline til sparring for almen praksis i Region Sjælland

Specialist-hotline til sparring om patienter for alment praktiserende læger.

Kontekst og formål

Specialist-hotlinen har til formål at skabe nem adgang til speciallæger for praktiserende læger med henblik på at understøtte bedre behandling af patienter. I Region Sjælland har man implementeret en særligt effektiv løsning der gør rådgivning omkring alle specialer tilgængelige vha. ét enkelt telefonnummer.⁷⁷

Løsning

Alment praktiserende læger har mulighed for at kontakte sygehusets speciallæger via en hotline angående patientforløb, henvisninger og behandlinger. Specialist-hotlinen tilbyder alment praktiserende læger kontakt til speciallæger i over 40 forskellige specialer via ét centralt telefonnummer. For at finde det relevante speciale guider lægen sig gennem en telefonisk omstilling, som involverer tre trin:

1. **Valg af specialeretning:** Den alment praktiserende læge vælger mellem viderestilling til enten medicinske specialer, kirurgiske specialer, parakliniske specialer, pædiatri, eller smertecenter
2. **Valg af specialist:** Efter valg af specialeretning kan den alment praktiserende læge yderligere definere det specifikke speciale, fx kardiologi eller reumatologi under medicinske specialer, radiologi under parakliniske specialer, osv.
3. **Specificering af specialistbehov:** Indenfor visse områder kan yderligere behov defineres, inden endelig kontakt etableres. Den alment praktiserende læge kan således specifikt vælge kontakt til fx et rygcenter eller et sår- og amputationscenter osv.

Specialister på hotlinen har afsat tid til at besvare henvendelser i deres vagtplan, og hjælper primært med: 1) Ekspertise inden for det relevante speciale, og 2) Adgang til opdateret information om sygdomme via forskellige fagsystemer. Hvis specialisten ikke kan hjælpe den praktiserende læge, kan der henvises til andre relevante specialer. Sygehuset analyserer data og feedback fra hotlinen for at forbedre både teknisk opsætning og arbejds gange.

Målgruppe

Specialist-hotlinen er en læge-til-læge-telefon, der primært er tiltænkt alment praktiserende læger, som har brug for sparring med sygehusets speciallæger. Øvrige speciallæger og sygehusets egne læger kan dog også benytte hotlinen.

Resultater og læring

Etableringen af specialist-hotlinen tog 1,5 år og krævede samarbejde mellem sygehus og almen praksis.⁷⁸ Hotlinen blev taget i brug i september 2022, og havde efter tre måneder 53 opkald i gns. pr. dag. Endokrinologi er det mest efterspurgte speciale med gennemsnitligt 6,5 opkald pr. dag efterfulgt af kardiologi (4,5) og neurologi (4).⁷⁹

⁷⁷ Sundhed.dk, 2023, Lægefaglig specialistrådgivning på Sjællands Universitetshospital - sundhed.dk

⁷⁸ Medicinsk Tidsskrift, 2022, Almen praksis får hurtigere adgang til speciallæger i Region Sjælland (medicinsktidsskrift.dk)

⁷⁹ Ugeskriftet for Læger, 2023, Ny hotline til specialister: »Det er et stærkt signal, at man kan ringe til en ven« | Ugeskriftet.dk

Erfaringer fra projektet viser, at alment praktiserende læger oftere ringer og stiller generelle spørgsmål. Muliggørelsen af kontakt til alle specialer igennem ét nummer anses som brugervenligt.⁸⁰ Der findes aktuelt ikke egentlige effektmålinger af Specialist-hotlinen, men brugere oplever den medvirker til bedre sammenhæng i patientforløb og færre fejl i henvisninger.⁸¹

⁸⁰ Ugeskriftet for Læger, 2023, Ny hotline til specialister: »Det er et stærkt signal, at man kan ringe til en ven« | Ugeskriftet.dk

⁸¹ Sundhed.dk, 2023, Lægefaglig specialistrådgivning på Sjællands Universitetshospital - sundhed.dk

5 Opgaveflytning til borgerens eget hjem

5.1 Monitorering og hjemmebehandling af diabetes i FAE

GluCare skaber AI-støttet selvmonitorering af Type 1- og Type 2-diabetes.

Kontekst og formål

Den private virksomhed, GluCare.Health (GluCare), blev i 2020 stiftet af to private iværksættere med en ambition om at digitalisere diabetesbehandling i De forenede Arabiske Emirater.

Løsningen

GluCare har udviklet en digital løsning inden for diabetesbehandling, der gennem tre initiativer forsøger at forbedre sygdomskontrollen for patienter og læger:

- **AI-assisteret diagnostik:** Patienten får taget prøver på GluCares klinik, hvorefter AI algoritmer assisterer lægernes diagnosticering af diabetes. AI bruges med henblik på at skabe mere præcis og hurtigere diagnosticering
- **Selvmonitorering med multisensorbånd og app:** Patienten selvmonitorerer bl.a. hjertefrekvens, åndedrætsfrekvens, hudtemperatur, aktivitetsniveau og søvnkvalitet vha. multisensorbåndet, der bygger på samme teknologi som et SmartWatch. Desuden monitoreres glukoseniveauer, insulindosering og kost via indtastning i appen af patienten selv. Patienten bedømmer sin egen-oplevede sygdomsfølelse vha. spørgsmål i appen. Glucare overvåger, om patientens data viser tegn på forværring
- **AI-forstærket rådgivning:** Data fra selvmonitorering bruges af sundhedsprofessionelle med henblik på at tilbyde patienten coaching om livsstil og medicinering, hvortil AI benyttes med forventning om at forstærke rådgivningen. I appen er indbygget en 'SmartCoach', som er en virtuel coach, der har til hensigt at oplyse patienterne om deres tilstand og fremme ændringer i adfærd.

Patienten møder fysisk ind på klinikken til diagnosticeringen, hvor patienten også modtager multisensorbåndet, møder sin diætist/coach og får rådgivning om brug af appen. Selvmonitoreringen foregår i hjemmet, men patienten skal stadig møde op på klinikken en gang hvert kvartal til en kontroltjek. GluCares sundhedsprofessionelle personale består af trænere, sygeplejersker, diætister og endokrinologer.

Målgruppe

GluCare henvender sig til både type 1- og type 2-diabetikere med aktuelt fokus på patienter i FAE.

Resultater og læring

GluCare er privatejet med en finansiering på \$20 millioner.⁸² Der findes for nuværende ingen uvildige analyser af GluCares effekt. Interne analyser fra Glucare viser, at patienterne i de første 90 dage i gennemsnit taber sig 4,7 pct., har 25 pct. lavere kolesterol og oplever en 1,7 pct. reduktion i kroppens blodsukkerniveau. Glucare

⁸² Forbes Middle East, 2022, GluCare.Health - 50 Most Funded Startups 2022 - Forbes Lists (forbesmiddleeast.com)

angiver endvidere, at disse resultater omsættes til mindre risiko for hjertestop, mindre risiko for vaskulære komplikationer og færre dødsfald i forbindelse med diabetes.⁸³

Førende globale interessenter har vist stor tiltro til Glucare. Novo Nordisk indgik fx i 2022 i et partnerskab med GluCare vedr. et pilotprojekt om at bruge GluCares teknologi til fedmebehandling.⁸⁴

⁸³ GluCare, 2023, 90 DAYS OUTCOME REPORT (ALL HEALTH VERSION)02 (glucare.health)

⁸⁴ Cision, 2022, GluCare.Health Partners with Novo Nordisk for Innovative Weight Management Patient Program (newswire.ca)

5.2 Sygehusindlæggelse af patienter i eget hjem på Nordsjællands Hospital

Forsøg med hjemmebehandling af patienter på Nordsjællands hospital.

Kontekst og formål

Som led i Danmarks digitale sundhedsstrategi er Hospital-at-Home-konceptet under udvikling med henblik på at skabe virtuelt støttet sygehusbehandling i hjemmet. Modellen er startet som et tværfagligt videnskabeligt projekt under navnet, 'Influenz-er'.⁸⁵

Løsning

Hospital-at-Home konceptet tilbyder udvalgte indlagte patienter muligheden for at fortsætte indlæggelsen i eget hjem. Patienter bliver trænet i selvmonitorering og dataregistrering af fx åndedrætsmåling og pulsmåling inden overflytning til eget hjem. Det er dermed kun patienter, som kan varetage disse målinger, der kan gøre brug af ordningen, og sygeplejersker/læger på den relevante afdeling, vurderer således, hvem der tilbydes hjemmebehandling.

Patienter måler primært blodtryk, puls, kropstemperatur, åndedrætsfrekvens og iltmætning. Sygehuset udleverer udstyr som fx et pulsoximeter, en elektronisk blodtryksmåler og et termometer til selvmonitoreringen. Hjemmebehandling muliggøres via to tekniske løsninger:

1. **Mobilapp til selvmonitorering:** Appen bliver downloadet til patienternes egen smartphone eller tablet
2. **Sagsstyringssystemet Modulus Care:** Det kliniske personale overvåger patienter under hjemmeindlæggelse direkte på en mobiltelefon tilknyttet afdelingen. Desuden kan direkte kontakt etableres, fx under daglig stuegang via videokonsultationer.

Indkomne patientdata filtreres med en 'Early Warning Score' algoritme, som tildeler hver patient én af tre kategorier: 1) Grøn, data er aflæst uden at skabe bekymring, 2) Gul, data bør aflæses af en læge eller sygeplejersker inden fem minutter grundet mulig forværring og 3) Rød, læger skal straks tage handling. Personalet har en mobiltelefon på sig og får besked direkte over mobilen, hvis en patients data kommer i gul eller rød zone. Kommunikationen med patienten sker gennem videomøder med samme cadence som stuegangen på den fysiske afdeling.

Softwaren er brugertestet og udarbejdet i samarbejde med læger og sygeplejersker med særligt fokus på patientsikkerhed og en intuitiv brugerflade.

Målgruppe

Målgruppen er patienter, som efter ca. et døgn indlæggelse er stabile og har en kendt diagnose. Desuden skal patienten være i stand til at udføre selvmonitoreringsmålingerne og til at gennemføre eventuel træning.

Resultater og læring

Influenz-er er delvist finansieret af Innovationsfonden Danmark med 19,1 millioner

⁸⁵ Innovationsfonden, 2019

kroner og delvist af Nordsjællands Universitetshospital med 6,2 millioner kroner⁸⁶. Det kliniske vurderingssystem, der anvendes, overholder danske standarder for God Klinisk Praksis, og projektet er ved at søge CE-certificering. Appen er udarbejdet af Netcompany i samarbejde med projektholdet bag Influenz-er.⁸⁷

Hospital-at-Home har gennem de sidste fire år gennemgået en forundersøgelse og et feasibility studie, og er nu i gang med et randomiseret klinisk forsøg.⁸⁸ For nuværende er kun forundersøgelsen udgivet. Erfaringer fra forundersøgelsen viser, at Hospital-at-Home konceptet opleves af patienter og medarbejdere som en sikker behandlingsmulighed.

Forskning har herudover vist, at patienter oplever konceptet som mere patientcentreret end almindelig indlæggelse, og at de føler velvære ved at være i hjemlige omgivelser.⁸⁹ Forskning fandt yderligere, at læger og patienter mener, at Hospital-at-Home kræver mindre af pårørende end almindelig indlæggelse. Vigtigheden af pårørendes accept og støtte til behandling i hjemmet fremhæves dog som et vigtigt succes-kriterie.⁸⁹

Effektstudier på økonomi og indlæggelsestid forefindes endnu ikke, men erfaringer fra projektet peger på, at Hospital-at-Home konceptet på kort sigt vil give ekstra udgifter til træning af personale og fagprofessionelle i håndteringen af digital stuegang mm., men at projektet på længere sigt vil skabe besparelser da hjemmebehandling forventes at være billigere end behandling på sygehuset.

⁸⁶ Innovationsfonden, 2019, Virtuelle indlæggelser og selvmonitorering skal aflaste hospitaler under epidemier og pandemier | Innovationsfonden

⁸⁷ NetCompany, 2023, Bringing hospital care to patients at home | Netcompany

⁸⁸ Ekspertinterview

⁸⁹ MDPI, 2023, IJERPH | Free Full-Text | Hospitalisation at Home of Patients with COVID-19: A Qualitative Study of User Experiences (mdpi.com)

Andre eksempler på at flytte behandling ind i hjemmet:

Hospital-at-Home er ikke det eneste projekt, der fokuserer på at flytte behandling ind i borgerens eget hjem. Andre eksempler inkluderer:

- Oxford Hospital-at-Home
- Healthcare Improvement Scotland
- TeleKOL i Danmark
- Kry, Telemedicin fra Sverige

Nogle løsninger fokuserer på at flytte fysisk behandling ud til borgerens eget hjem mens andre fokuserer på behandling vha. digitale løsninger. Graden af specialisering varierer ligeledes.

Sygehusbehandling i eget hjem:

Oxford Hospital-at-Home og Healthcare Improvement Scotland arbejder begge sammen med NHS. Her flyttes patienten hjem fra sygehuset, når denne er udredt og stabil. Patienten skal kunne klare sig i eget hjem med opsyn og behandling. Patienten tilkobles i alle identificerede Hospital-at-Home løsninger et tværsektorielt team, der består af fx speciallæger, sygeplejersker, sundhedsassistenter med mere og som står for hjemmebehandlingen. Teamet afholder løbende tværfaglige møder, hvor relevante specialer involveres. I Oxford inddrages patientens pårørende i hjemmeindlæggelsen.⁹⁰ Skotland har på nationalt plan sat fokus på hjemmebehandling. Healthcare Improvement Scotland har til formål at styrke mulighederne for hjemmebehandling. Der arbejdes med fire initiativer: 1) At bistå sygehuse med at udbygge hjemmebehandling, 2) At udvikle nye hjemmebehandlingsservices, 3) At udvikle national infrastruktur, som understøtter hjemmebehandling, og 4) At styre en læringsportal, hvor udbydere af hjemmebehandling kan dele viden. I Skotland blev næsten 11.700 ældre borgere sidste år behandlet i hjemmet, hvilket er 53 pct. mere end året før, hvilket gør hjemmebehandling til det 5. største 'sygehus' for ældre i Skotland. Undersøgelser fra Skotland viser, at, at hjemmebehandling er konsistent billigere end indlæggelse på sygehus.⁹¹ I et randomiseret forsøg fra 2017 findes fx, at samfundets totale omkostning pr. indlæggelse i Skotland var £21,907, mens den kun var £19,067 for hjemmeindlagte. I samme undersøgelse påpeges, at patientoplevelsen ved hjemmebehandling er bedre, end patientoplevelsen ved traditionel indlæggelse.⁹¹

Konsultation med læge i eget hjem:

Hospital-at-Home er ikke den eneste måde at flytte behandlinger fra sundhedsvæsenet til hjemmet. Telemedicin kan benyttes til fx monitorering af borgere med svære lidelser og konsultationer om milde sygdomme med egen læge. Patienterne i denne målgruppe har ikke behov for sygehusindlæggelse:

1) I Danmark bruges telemedicin fx til patienter med KOL. TeleKOL, som er under udrulning, lader således patienter måle iltmætning, puls, og vægt med udlånt udstyr. Målingerne sendes sammen med information om symptomer til en sygeplejerske på

⁹⁰ NHS Oxford Health, 2023, Hospital at Home - Oxford Health NHS Foundation Trust

⁹¹ Healthcare Improvement Scotland, 2023, Rapid Response - Admission avoidance hospital at home for older people with frailty: February 2022 (healthcareimprovementscotland.org)

aftalte tidspunkter, og skaber mulighed for at identificere forværring samt at ud-danne borgeren om egen sygdom.⁹² Konsultationerne tages over video.

2) Hos den svenske virksomhed, Kry, kan patienterne tage videomøder med alment praktiserende læger. Her dækker kontaktformen således et bredt udsnit af behandlingsbehov.⁹³ Da denne type konsultation er uafhængig af borgerens fysiske placering, har dette skabt en bedre adgang til sundhedsfaglig sparring for en stor gruppe mennesker. Det gør det også muligt at komme i kontakt med lægen under rejser.

⁹² Sundhed.dk, 2023, TeleKOL - Hjemmemonitorering af KOL - sundhed.dk

⁹³ Kry.se, 2023, Så fungerer Kry

5.3 Telemedicinske behandling af kronikere gennem eHospital i Region Sjælland

Hybridløsning mellem mobil og digital behandling aflaster sygehusvæsenet i Region Sjælland.

Kontekst og formål

Et nyt eHospital udnytter digitale løsninger og hjemmebehandling til bedre at kunne støtte patienter på tværs af regionen.

Løsning

Region Sjællands eHospital er et virtuelt sygehuset, som har funktioner tilsvarende regionens øvrige sygehuse. Patienten kan være indlagt, have et ambulant forløb, og/eller modtage sundhedsfaglig rådgivning. Forskellen er, at kontakten foregår ved hjælp af video, og helbredet monitoreres vha. digitale løsninger.

Patienten får kun tilbudt udredning, behandling og rådgivning, når det er trygt og sikkert for patienten at bruge digitale løsninger. eHospitalets fagprofessionelle omfatter læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, paramedicinere og en farmaceut.⁹⁴ eHospitalet i Region Sjælland har tre forskellige centrale enheder:

- 1. PreCare for KOL-patienter:** Frivilligt program for KOL-patienter, der skal forebygge indlæggelser ved hjælp af tidlig intervention ved forværring. Patienten selvmonitorerer iltmætning, puls og temperatur ved hjælp af udlånt udstyr fra sygehuset. Data bliver sendt til eHospitalet, hvor en sygeplejerske tre gange dagligt tjekker udviklingen og kontakter patienten, hvis der er forværring⁹⁵
- 2. Aktiv patientstøtte til kronikere og multisyge:** Tilbud om sparring i håndtering af hverdagen for patienter med én eller flere kroniske sygdomme. Tilbuddet indbefatter periodiske telefonsamtaler med en sygeplejerske i op til ni måneder. Her afdækkes udfordringer i at leve med den kroniske sygdom, og der gives rådgivning til at skabe øget trivsel og en bedre hverdag for patienten⁹⁶
- 3. Indlæggelser i eHospitalet:** Ved behov for indlæggelse kan patienter varetages i enten eget hjem eller på en kommunal sengeplads, hvor eHospitalets læger har behandleransvar. Patienter kan være indlagt fra et par dage og op til flere uger. Ansvar for behandlingen overgår til egen lægen ved udskrivelse.

Det er eHospitalets læge, der afgør, hvornår patienten enten skal udskrives helt, overflyttes til sygehus eller overgå til kommunalt ansvar. Den primære kontakt håndteres af en sygeplejerske med speciale i patientens sygdom. Fysisk behandling foregår på to måder: 1) eHospitalets Mobile Behandlingsenhed, som er bemannet med specialuddannede sygeplejersker, behandler patienter i eget hjem, eller 2) Patienter indlagt på kommunale sengepladser får behandling af det kommunale sundhedspersonale. I begge tilfælde følges eLægens beslutning om behandlingsform, fx antibiotika i drop, væskebehandling, smertebehandling mm. Der er i alt tre mobile behandlingsenheder

⁹⁴ e-hospitalet.dk, 2023, Organisation - eHospitalet (e-hospitalet.dk)

⁹⁵ e-hospitalet.dk, 2023, PreCare-KOL - eHospitalet (e-hospitalet.dk)

⁹⁶ e-hospitalet.dk, 2023, Aktiv Patientstøtte - eHospitalet (e-hospitalet.dk)

til rådighed, og ved akut eller subakut forværring kan en paramediciner tilkaldes ved 112-opkald.⁹⁷

Udover den specifikke håndtering af patienter tilbydes også information og rådgivning til fagprofessionelle. Der er tre overordnede temaer:

1. **Viden om KOL:** Herunder bl.a. telemedicinsk behandling og medicinering af KOL samt viden om psykiske følgesygdomme som angst og depression
2. **Retningslinjer:** Læger kan finde retningslinjer for tværsektorielt arbejde og guides til videomøder⁹⁸
3. **Sparring:** Sundhedsfaglige medarbejdere som fx hjemmesygeplejerske kan få sundhedsfaglig sparring med en af eHospitalets sygeplejerske.

Målgruppe

Borgeren henvises til eHospitalet af enten egen læge, sygehuset eller lægevagten. eHospitalet er for borgere over 18 år med folkeregisteradresse i Region Sjælland, som er færdigudredt og forventes at have et ukompliceret behandlingsforløb. Patienter forventes højst at skulle tilses tre gange dagligt og inkluderes kun, hvis behandlingsbehovet vurderes at være under fire uger.

Resultater og læring

eHospitalet blev implementeret i 2020 med fokus på patienter med COVID-19, men blev frem mod 2022 udbygget til sin nuværende form. I 2022 tog eHospitalet sig af i alt 1585 patienter, som blev behandlet i eget hjem, hvoraf 605 af patienterne var henvist fra ét af Region Sjællands sygehuse. Patienterne var i gennemsnit indlagt i seks til syv dage⁹⁷. Det er forventningen, at eHospitalet skal have flere patienter i takt med, at telemedicinske løsninger udvikler sig til flere patientgrupper. Erfaringer fra projektet, at patienterne er tilfredse med denne nye behandlingsform.

Egne undersøgelser af de økonomiske effekter ved eHospitalets telemedicinske løsning viser en markant besparelse. Ved at undersøge 546 afsluttede patientforløb fra det første halvår af 2023 finder eHospitalet, at en traditionel indlæggelse i gennemsnit er 30-57 pct. dyrere end en indlæggelse i eHospitalet.⁹⁹

⁹⁷ TV2 Øst, 2023, Online stuegang og prøver i eget hjem skal aflaste sygehusene | TV2 ØST (tv2east.dk)

⁹⁸ E-hospitalet.dk, 2023, Fagperson - eHospitalet (e-hospitalet.dk)

⁹⁹ eHospitalet, 2023, Skalering og business case for ehospital i region sjælland

5.4 Træning i stedet for operation

Træningsforløb minimerer behov for kirurgiske indgreb til behandling af slidgigt.

Kontekst og formål

Omkring en million danskere lider af slidgigt i knæ eller hofter, og der er årligt 20.000 knæ- og hofteoperationer.¹⁰⁰ Træningsforløbet GLA:D blev lanceret i 2013 og har til hensigt at reducere behovet for kirurgiske indgreb mod slidgigt og samtidig forbedre livet for dem, der lever med diagnosen.

Løsningen

GLA:D er et trænings- og patientuddannelsesforløb for patienter med slidgigt. Træningen indeholder øvelser, som ikke kræver udstyr, hvorfor træningen kan følges virtuelt gennem en tablet eller en computer. Det virtuelle setup muliggør at op til otte patienter samtidig kan følge behandlingen fra eget hjem.¹⁰¹ Det er dog også muligt at deltage i træningen på fysiske hold. GLA:D består af fire komponenter¹⁰²:

1. En indledende konsultation med undersøgelser, fysiske tests og vurdering af træningsniveau
2. To patientuddannelsessessioner af 1,5 times varighed, hvor patienten bliver undervist i teori om slidgigt i knæ/hofter, risikofaktorer, smerteårsager, formål med øvelser og håndtering af smerter
3. To ugentlige superviserede træningssessioner af en times varighed i seks til otte uger
4. En afsluttende konsultation med evaluering, nye fysiske tests og fokus på det videre forløb fx fastholdelse af træning.

Patienterne kan blive en del af programmet på tre måder: 1) Patienten henvises til et GLA:D program af deres praktiserende læge, 2) Patienten henvises til GLA:D af deres ortopædkirurg eller fysioterapeut, eller 3) Patienter henvende sig direkte til en privat udbyder af GLA:D. Ved henvisning kan træningen i nogle tilfælde fås gratis eller til en lavere pris end ved direkte henvendelse. Man kan deltage i et GLA:D program uanset graden af slidgigt, men det er kun muligt at blive henvist af en sundhedsfaglig, hvis man hører til målgruppen og vurderes til at være i stand til at tage aktiv del i træningen.

Målgruppe

Patienter med slidgigt i knæ eller hofte, som oplever smerter eller funktionsnedsættelse, og hvis kroniske smerter ikke er symptomer på andre lidelser end slidgigt.

Resultater og læring

GLA:D er udviklet på Syddansk Universitet, og blev i 2013 lanceret i Danmark. Mere end 100.000 personer har på verdensplan deltaget i et GLA:D forløb, som tilbydes i ti

¹⁰⁰ DR1, 2023, Træning i stedet for nyt knæ - en gevinst for både patienter og samfund | Indland | DR

¹⁰¹ Zand News, 2023, Virtuelt win-win for patienter med slidgigt | Zand News

¹⁰² GLA:D, 2023, Årsrapport 2022

lande herunder alle skandinaviske lande, Canada og USA. GLA:D er tilgængelig i 28 af de danske kommuner.¹⁰³

GLA:D rapporterer selv en høj patienttilfredshed med 86,6 pct. tilfredse kunder.¹⁰⁴ GLA:D gør i sin årsrapport fra 2022 opmærksom på fire gevinster for patienter efter endt forløb: 1) Smerteintensiteten falder med hhv. 27 pct. for knæpatienter og 21 pct. for hoftepatienter, 2) Omkring 40 pct. af patienterne har et lavere medicinforbrug, 3) Andelen af patienter, der har været sygemeldt inden for et år, falder fra 11 pct. til seks pct. for patienter med slidgigt i knæet og fra seks pct. til fire pct. for patienter med slidgigt i hoften og 4) 13 pct. højere livskvalitet, målt vha. kvantificeret selvrapportering.¹⁰⁵

Forskere på Syddansk Universitet har undersøgt effekterne af GLA:D ved at analysere data på cirka 12.000 patienter med gigt i knæet og cirka 4000 patienter med gigt i hoften, som deltog i GLA:D i 2012-2014. Studiet påviser tre gevinster for patienternes behandlingsforløb: 1) Syv ud af ti patienter, der gennemfører trænings- og patientuddannelsesforløbet, har efter seks måneder endnu ikke haft behov for at kontakte ortopædisk afdeling, 2) Træning af knæ kan udsætte eller helt afløse ni ud af ti operationer¹⁰⁶, og 3) Når operationen udsættes, kan den gennemsnitligt udsættes med to år for patienter der følger et struktureret træningsforløb.¹⁰⁷

Studiet i Danmark er ikke det eneste, der finder gevinster ved træning for mennesker med slidgigt. Et lignende studie i Australien har vist, at det er omkostningseffektivt at tilbyde træning og patientuddannelse, hvis blot én ud af 12 undgår operation med indsættelse af kunstigt knæled.¹⁰⁸

For nuværende er der en skævvridning i incitamentet for borgeren, da træning koster penge for patienten, mens operationer er gratis. Resultaterne fra studiet peger på, at det samfundsøkonomisk kan betale sig at gøre superviseret træning gratis for patienter med svær slidgigt. Da en national udbredelse af GLA:D vil nedbringe ventetiden på landets ortopædkirurgiske afdelinger,¹⁰⁹ kan hurtigere adgang til operation for patienter med reelt behov forventes.

¹⁰³ BMJ Journals, 2021, Cost-effectiveness of an 8-week supervised education and exercise therapy programme for knee and hip osteoarthritis: a pre-post analysis of 16 255 patients participating in Good Life with osteoArthritis in Denmark (GLA:D) | BMJ Open

¹⁰⁴ GLA:D, 2023, Godt Liv med Artrose i Danmark (glaid.dk)

¹⁰⁵ GLA:D årsrapport, 2023, Årsrapport 2022

¹⁰⁶ DR1, 2023, Selvom forskning viser, at træning hjælper på slidgigt, så er det kun hver tredje patient, der får tilbuddet | Indland | DR

¹⁰⁷ TV2 Øst, 2023, Gigtpatienter venter længe på deres operation - nu tilbydes de i stedet virtuel træning | TV2 ØST (tv2east.dk)

¹⁰⁸ Science Direct, 2020, Implementing a national first-line management program for moderate-severe knee osteoarthritis in Australia: A budget impact analysis focusing on knee replacement avoidance - ScienceDirect

¹⁰⁹ Gigtforeningen, 2023, Samarbejde med fysioterapeut og kirurger viser imponerende resultater på dansk sygehus (gigtforeningen.dk)

6 Tværsektoriel koordinering af behandling

6.1 Tværsektoriel forebyggelse af (gen)indlæggelser i Aalborg

Reduktion af (gen)indlæggelser via tværsektorielt samarbejde i Aalborg.

Kontekst og formål

Formålet med projektet var at skabe det bedst mulige forløb for de komplekse medicinske patienter på tværs af sygehus, almen praksis og kommune, samt at reducere antal indlæggelser og genindlæggelser.

Løsningen

Projektet afdækkede gennem tværsektorielle samarbejds møder konkrete interventioner, som havde potentiale til at reducere antallet af (gen)indlæggelser af ældre medicinske patienter i Aalborg Kommune. I alt blev omkring 100 patientforløb evalueret med fokus på forbedringsmuligheder, som dernæst blev implementeret.

Interventionerne fokuserede på at undgå (gen)indlæggelser fra to kommunale tilbud i Aalborg: 1) Riishøjcentret, som er et kommunalt tilbud til borgere, der midlertidigt har behov for pleje eller aflastning og 2) Akuttilbud Aalborg, som er et tilbud for borgere, der er pleje- og behandlingskrævende, men ikke har behov for en sygehusindlæggelse. Projektet udsprang fra en mere differentieret håndtering af de enkelte patienter, og havde konkret otte nøgleinitiativer, med to forskellige overordnede formål:

1. Behandling i hjemmet:

- Udbredelse af mobillab, som ordineres af den praktiserende læge og tillader fx blodprøvetest i eget hjem
- Effektivisering af opfølgende hjemmebesøg af fx praktiserende læge. Muligheden er allerede en del af sundhedsaftalerne, men projektet satte fokus på at benytte hjemmebesøg aktivt efter udskrivelse fra hhv. Akuttilbud Aalborg og Riishøjcentret
- Udgående hjemmebesøg fra geriatrisk speciale. Det geriatrisk tilsyn blev gennemført i samarbejde med borgerens egen læge.

2. Tværsektorielt samarbejde:

- Ansættelse af en forløbskoordinerende sygeplejerske med særligt ansvar for at sikre koordinering af komplekse forløb på Riishøjcentret
- Optimeret proces for håndteringen af epikriser / fremtidig behandlingsplan ved udskrivelse fra sygehuset. Epikrisen blev tilsendt patientens alment praktiserende læge straks efter udskrivelse for mindst 90 pct. af patienterne. Relevante sygeplejersker og assistenter fik også adgang til epikrisen
- Vedlæggelse af standardjournalnotat og sygeplejefaglig udredning fra hhv. Riishøjcentret eller Akuttilbud Aalborg til sygehuset ved indlæggelse. Initiativet sikrede, at relevante informationer og forundersøgelser af patienten var tilgængelige for sygehuset

- Oprettelse af en direkte telefonisk hotline sektorerne imellem, hvor fagprofessionelle kunne række ud til hinanden
- Løbende tværsektorielle samarbejds møder fokuseret på at evaluere patienthåndtering og identificere yderligere forbedringsmuligheder i samarbejdet om at forebygge (gen)indlæggelser.

Målgruppe

Ældre skrøbelige medicinske patienter på 65+ år, der indlægges akut eller midlertidigt med forebyggelige diagnoser (fx urinvejsinfektion, lungebetændelse eller dehydrering).¹¹⁰

Resultater og læring

Projektet blev søsat i 2018 og varede indtil 2019. Implementeringen byggede på et tæt samarbejde mellem Aalborg Universitetshospital, PLO Aalborg, alment praktiserende læger og Aalborg Kommune. Projektet involverede 750 sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer. Projektet var finansieret med 400.000 kr., hvor Aalborg Kommune og Aalborg Universitetshospital hver bidrog med 200.000.¹¹¹

Projektet førte til en reduktion af genindlæggelser af svage ældre på 20,3 pct.¹¹² i 2019 relativt til samme periode i 2018. Det beskrives endvidere, at patienterne oplevede velkoordinerede og sammenhængende forløb, når de kom fra deres praktiserende læge og blev indlagt på sygehuset. Interne undersøgelser vurderer, at specielt afsendelse af epikriser og ansættelse af en forløbskoordinerende sygeplejerske var gode initiativer.

Det styrkede tværsektorielle samarbejde er fortsat siden 2019, og Aalborg Kommune og Aalborg Universitetshospital samarbejder i dag om kommunens akuttilbud. I 2022 havde Aalborg Kommune reduceret antallet af genindlæggelser hos de skrøbeligste ældre borgere med op imod 50 pct. I 2022 havde samarbejdet ydermere ført til, at 25 pct. færre skrøbelige ældre endte på plejehjem, og at de skrøbelige ældres indlæggelser i gennemsnit var to til tre dage kortere.¹¹³

¹¹⁰ Region Nordjylland, Rapport: Sammen forebygger vi genindlæggelser (rn.dk)

¹¹¹ Styrelsens for Patientsikkerhed, 2020, Sammen forebygger vi (gen)indlæggelser | Styrelsen for Patientsikkerhed (stps.dk)

¹¹² Region Nordjylland, 2019, Succes med pilotprojekt: Færre patienter skal være kastebolde (rn.dk)

¹¹³ TV2 Nord, 2022, Ugentlige lægebesøg har halveret antallet af genindlæggelser for de skrøbeligste ældre | TV2 Nord

Andre eksempler på forebyggelse af (gen)indlæggelser

Udover det specifikke projekt vedr. tværsektorielt samarbejde om forebyggelse af (gen)indlæggelser i Aalborg, findes der andre projekter, som har et tilsvarende fokus, herunder fx:

- Sammen forbedrer vi forløb for mennesker med demens, ligeledes fra Aalborg
- Pre-Interventional Preventive Risk Assessment (PIPRA) udviklet i Schweiz.

Identifikation af patienter med størst potentiale: De to løsninger fra Aalborg samt løsningen fra Schweiz har alle et fælles fokus på at forebygge genindlæggelser. I de tre eksempler har man identificeret forskellige målgrupper med potentiale for at optimere patientforløbene. Grundet forskellige målgrupper tages også forskellige løsninger i brug

Sikre rammer for demente på tværs af sektorer: 'Sammen forbedrer vi forløb for mennesker med demens' blev oprettet i 2020 i Aalborg kommune. Projektet tog udgangspunkt i tværsektorielt samarbejde med fokus på at afdække praktiske interventioner, hvorefter disse blev implementeret.¹¹⁴ Heriblandt var bl.a. en demensmarkør, som tydeliggjorde patientens særlige behov i sektorovergange, sub-akut væskebehandling og geriatrik udredning i eget hjem, som mindsker risiko for unødvendige sektorovergange, og tidlig opsporing af somatisk sygdom via formelle samarbejdsaftaler mellem demenssygeplejeren, midlertidige pladser og sygehuset. Endnu har projektet ikke inkluderet nok patienter til at levere valide resultater, men tidlige analyser viser en reduktion på helt op til 38 pct.¹¹⁵ i (gen)indlæggelser af patienter med demens.

Datadrevet identifikation af patienter i risikogruppe: PIPRA fokuserer på brug af data til at forudsige, hvilke patienter, der er i risikozonen for delirium.¹¹⁶ Herefter foreslår værktøjet relevante interventioner, for at mindske sandsynligheden for, at patienten bliver genindlagt.

¹¹⁴ Sammen forbedrer vi forløb for patienter med demens, 2022, videnscenterfordemens.dk

¹¹⁵ Interne dokumenter, 2022, Sammen forbedrer vi forløb for patienter med demens

¹¹⁶ PIPRA, 2023, PIPRA - Pre-Interventional Preventive Risk Assessment - PIPRA | Home

6.2 Afdeling for multisygdom på Nordsjællands Hospital

Tværfaglig afdeling for multisyge patienter på Nordsjællands hospital

Kontekst og formål

Patienter med flere samtidige sygdomme bliver med en ny afdeling for multisyge samlet ét sted. Her håndteres organiseringen af sygehusets afdelinger dermed ikke kun baseret på de medicinske specialer. Frem for kun at involvere specialister i håndteringen af den nyeste opståede komplikation, har det lægefaglige personale på denne afdeling fokus på det holistiske sygdomsbillede. Det har til formål at skabe en mere effektiv og strømlinet patientrejse.¹¹⁷

Løsning

Nordsjællands Hospitals akutmodtagelse fungerer som første kontaktpunkt for alle patienter, der indlægges på sygehuset. I akutmodtagelsen er sundhedsfaglige fra alle specialer repræsenteret med henblik på at støtte den tidlige udredning af patienter, og dermed afdække behandlingsbehov. Afdelingen for Multisygdom (AFS) er også repræsenteret, og bringes ind i håndteringen af alle multisyge patienter. Patienter med behov for et mere holistisk sygdomsbillede bliver dermed varetaget af sundhedsfaglige fra AFS fra første kontakt til sygehuset.¹¹⁸

AFS er fortsat under udvikling, men vil ved fuld implementering i 2024 dække over tre forskellige initiativer:¹¹⁹

1. **Indlæggelse på akutmodtagelse:** Otte pladser i den akutte fællesmodtagelse er forbeholdt AFS, hvor sundhedsfaglige fra AFS kan hjælpe med en hurtigere og bedre udredning af multisyge patienter. Der tages dermed højde for patienters differentierede behov. Patienter med behov for indlæggelse i AFS kan sendes til sengeafsnittet i Frederikssund eller overflyttes til fortsat behandling i hjemmet
2. **Indlæggelse på eget sengeafsnit i Frederikssund:** På AFS i Frederikssund findes 28 sengepladser¹²⁰. Afdelingen søger at håndtere multisyges behandlingsforløb og forberede patienterne til udskrivelse eller overflytning til eget hjem. Sengeafsnittet for multisygdom har et team med specifikke kompetencer til at håndtere de multisyge patienter og er bl.a. trænet i tværfaglig pleje. Der er derudover fokus på tværsektorielt samarbejde
3. **Behandling i hjemmet:** Den multisyge patient, som bliver udskrevet til hjemmet, modtager behandling fra et udekørende tværsektorielt team, mens AFS fortsat har det overordnede patientansvar og støtter behandlingen med rådgivning.

AFS indgår aktivt som en del af et tværsektorielt team, der skal støtte patienten udenfor sygehuset. Dette team består af bl.a. diætister, fysioterapeuter, ergoterapeuter, almene læger og en specialiseret udskrivelsesygeplejerske fra AFS. Ved udskrivelsen assisterer AFS med formidling af patientens behov til hjemmepleje eller

¹¹⁷ Intern rapport, Nordsjællands Hospital

¹¹⁸ Ekspertinterview, Afdeling for Multisyge

¹¹⁹ Nordsjællands Hospital, 2023, Afdeling for Multisygdom er navnet på ny afdeling (nordsjaellandshospital.dk)

¹²⁰ Nordsjællands Hospital, 2023, Hospitalet etablerer ny afdeling for multisyge patienter (nordsjaellandshospital.dk)

hjemmesygepleje med henblik på at forebygge genindlæggelser. Nordsjællands Hospital har desuden tilknyttet en såkaldt 'polyfarma klinik', der har kapacitet til at vurdere patienternes medicinsammensætning.

Målgruppe

Afdelingen er for multisyge patienter med behov for akut medicinsk pleje eller et koordinerende forløb med primær sektor. Mindst et af to forhold skal gøre sig gældende: 1) En skrøbelighed på fem eller mere efter Clinical Frailty Scale's ni-punkts skala¹²¹, der kvantificerer skrøbelighed baseret på funktionsniveau, eller 2) Patienten skønnes at have behov for tværsektorielle kompetencer fra AFS.

Resultater og læring

AFS blev oprettet i april 2023 og skal gradvist udvikles mod fuld implementering i 2024.¹²² Derfor findes der endnu ikke egentlige effektmålinger. Erfaringer fra AFS fremhæver dog tre mulige gevinster: 1) Frigørelse af kapacitet hos andre specialer ved at AFS overtager patienter og ved at sikre, at multisyge bliver behandlet rigtigt første gang, 2) Kompetenceløft af almen praksis i behandling af multisyge via det tværsektorielle samarbejde, og 3) Nedsættelse af den gennemsnitlige indlæggelsestid for den multisyge patient.¹²³

¹²¹ Geriatric Medicine Research, 2023, Clinical Frailty Scale - Geriatric Medicine Research - Dalhousie University

¹²² Nordsjællands Hospital, 2023, Afdeling for Multisygdom er navnet på ny afdeling (nordsjaellandshospital.dk)

¹²³ Ekspertinterview

6.3 Geriatrisk rejsehold til kompetenceløft af håndteringen af ældre patienter i Region Midtjylland

Det Geriatrike Rejsehold (DGR) sikrer kompetenceløft af sundhedsfaglige, der varetager skrøbelige ældre patienter uanset afdeling og speciale i Region Midtjylland. Herudover støttes kompetenceløft af tværsektorielt samarbejde.

Kontekst og formål

DGR har til hensigt at skabe et bedre patientforløb for den skrøbelige geriatrike patient. Geriatrien har kompetencer, der muliggør en bedre håndtering af ældre komplekse patienter og bidrager med at udbrede disse kompetencer på sygehuset. Fokus er en tværfaglig helhedsorienteret tilgang og en behandlingsplan, der tager hensyn til skrøbelighed og komorbiditet. Ved at øge det tværfaglige samarbejde og løfte kompetencerne for de sundhedsprofessionelle på sygehusene¹²⁴, er det hensigten at optimere håndteringen af patienter med en geriatrisk profil, og ultimativt sænke antallet af indlæggelsesdage for denne patientgruppe.¹²⁵

Løsning

DGR implementerer kompetenceløft af sundhedsfaglige på afdelinger med mange ældre patienter i Region Midtjylland.

DGR består af et team af erfarne geriatrikere, sygeplejersker og terapeuter, der tager rundt til afdelinger med mange ældre patienter. Rejseholdet udgår fra geriatrien på de enkelte hospitaler. Afdelingerne udvælges enten efter en analyse af patientsammensætningen eller efter direkte henvendelse fra interesserede afdelinger. Det geriatrike team følger herefter en proces for at skabe et kompetenceløft af afdelingens fagprofessionelle. Processen omfatter fire faser, som tilsammen varer op til seks måneder:¹²⁴

1. Data trækkes på afdelingens patienter via sygehusets data-portal. Der ses bl.a. på indlæggelsestider, genindlæggelser, og om der er taget stilling til behandlingsniveau.
2. Et DGR-team møder på afdelingen to dage om ugen, hvor holdet indgår i og observerer de sædvanlige arbejdsgange omkring de ældre patienter. Der benyttes læringsværktøjer og kvantificerbare metoder, såsom Clinical Frailty Scale's nipunkts skala¹²⁶, som måler skrøbelighed baseret på funktionsniveauet hos patienterne
3. DGR analyserer, hvor der er potentiale til at optimere behandlingsforløbet for patienterne på afdelingen. Dette kan inkludere klare planer for udskrivelse, definition af behandlingsmålsætning i samråd med patienter og pårørende samt optimering af tværsektoriel kommunikation
4. Over det næste halve år hjælper DGR med at implementere de optimerede processer og nye initiativer.¹²⁷

Der følges herefter op på interventionernes implementering og effekt med afdelingen, og eventuelle ændringer foretages.

¹²⁴ Dagens Medicin, 2023, 29-06-2022: eHospitalet tilbyder behandling i eget hjem eller tæt på - sundhed.dk

¹²⁵ Intern projektbeskrivelse, Geriatrisk Rejsehold

¹²⁶ Geriatric Medicine Research, 2023, Clinical Frailty Scale - Geriatric Medicine Research - Dalhousie University

¹²⁷ Ekspertinterview

Målgruppe

DGR er for den skrøbelige, geriatriske patient, der har funktionstab og en skrøbelighedsscore på fem eller mere, og som ikke passer ind på én særskilt afdeling.

Resultater og læring

Projektet omkring DGR er tiltænkt at løbe over to år startende i 2023, hvor DGR skal sprede viden og øge kompetencerne vedr. den ældre indlagte patient i Region Midtjylland.¹²⁸ Der stiles mod mindst et rejsehold pr. sygehus i Region Midtjylland. Regionen har oprettet en regional styregruppe og implementeringsgruppe på tværs af hospitalerne.

Tidlige erfaringer viser to positive gevinster: 1) Et helhedsorienteret fokus på den skrøbelige, geriatriske patient mindsker risikoen for, at patienten bliver udskrevet til plejehjem frem for eget hjem, og gør ydermere patienten mindre afhængig af hjemmepleje efter udskrivelse og 2) Indlæggelsestiden for den ældre medicinske patient kan reduceres.¹²⁹ Det geriatriske rejsehold sigter mod, at reducere indlæggelsestiden med 10 pct. for geriatriske patienter over 75 år med over 14 dages indlæggelse. Interventionen forventes desuden at have positiv afsmittende effekt på patienter med kortere indlæggelse.

De positive resultater tilskrives specielt tre interventioner: 1) Koordinering omkring udskrivelse mellem kommuner, alment praktiserende læger og sygehuse skaber bedre og tidligere udskrivelser, 2) Helhedsorienteret vurdering af den ældre medicinske patient skaber bedre behandling, og 3) Inddragelse af patient og pårørende i planlægningen af behandlingsforløbet er vigtigt for behandlingens succes og patienttilfredsheden.¹³⁰ Tidlige erfaringer viser, at afdelingerne fortsat benytter interventionerne, når DGR ikke længere er til stede.¹³⁰

DGR er et relativt nyt tiltag og der findes derfor ikke egentlig effektvurderinger. Imidlertid arbejder DGR ud fra velkendte løsningsmodeller. Et randomiseret forsøg fra 2021 viser fx, at en helhedsorienteret geriatrisk udredning af skrøbelige ældre leder til, at færre flytter på plejehjem.¹³¹ Metaanalyser peger endvidere på, at en geriatrisk helhedsvurdering af borgeren kan reducere forebyggelige indlæggelser¹³², og at det øger patientens livskvalitet.¹³³ Endelig er det erfaringen, at en geriatrisk helhedsvurdering under indlæggelse øger chancen for at blive udskrevet til eget hjem og nedsætter risikoen for institutionalisering i op til et år efter udskrivelsen.¹³⁴ Andre metaanalyser bakker dog ikke disse resultater op. Her ses det, at geriatrisk støttet udredning ikke har en positiv effekt på dødelighed, antal indlæggelsesdage på sygehuset eller udskrivelse til plejehjem.¹³²

¹²⁸ Intern projektbeskrivelse, Geriatrisk Rejsehold

¹²⁹ Ekspertinterview

¹³⁰ Dagens Medicin, 2023, Efter besøg af rejsehold fra geriatrien: Ændrede arbejdsgange hos Infektionssygdomme - Dagens Medicin

¹³¹ PubMed, 2021, Is Comprehensive Geriatric Assessment Admission Avoidance Hospital at Home an Alternative to Hospital Admission for Older Persons?: A Randomized Trial - PubMed (nih.gov)

¹³² UpToDate, 2022, Comprehensive geriatric assessment - UpToDate

¹³³ DOAJ, 2021, Effectiveness of comprehensive geriatric assessment intervention on quality of life, caregiver burden and length of hospital stay: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials - DOAJ

¹³⁴ Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to Hospital. Cochrane review 2017

Bilag 7:

Udfordringer og potentialer i samspillet mellem sektorer og for sammenhængende patientforløb.

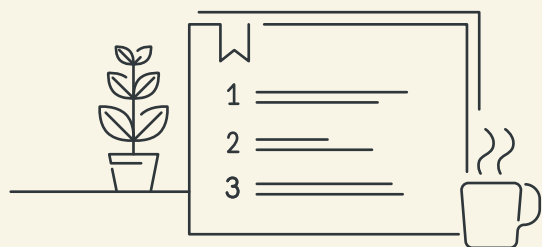
Analyse gennemført for Sundhedsstrukturkommissionen, Implement Consulting Group

Udfordringer og potentialer i samspillet mellem sektorer og for sammenhængende patientforløb

Analyse gennemført for Sundhedsstrukturkommissionen

Implement Healthcare, Implement Consulting Group P/S, 2024

INDHOLDS- FORTEGNELSE



#	Kapitel	Side
1	Rammesætning	3 – 9
1.1	Introduktion	4
1.2	Resumé	5-
1.3	Rapportens opbygning	7
1.4	Metode og datagrundlag	8
2	Tværasektorielle samarbejdsfora	10 – 26
2.1	Sundhedsklyngernes lovgivningsmæssige rammer	11
2.2	Sundhedsklyngekonstruktioner	12
2.3	Sundhedsklyngernes implementeringsstatus	14
2.4	Vurdering af sundhedsklyngernes relevans og nuværende konstruktion	16
2.5	Tidsforbrug	18
2.6	Repræsentation	20
2.7	Forståelse og vilkår for beslutninger	23
2.8	Klyngedeltagernes vurdering af sundhedsklyngernes potentiale	25
2.9	Perspektiver for sundhedsklyngerne	26
3	Sektorkrydsende indsatser	27 - 51
3.1	Introduktion til analyse af sektorkrydsende indsatser	28
3.2	Sygehussomatikken	30
3.3	Behandlingspsykiatrien	35
3.4	Kommunal sundhed	38
3.5	Almen praksis	45
3.6	Variationer	47
3.7	Strukturelle perspektiver	51
B	Bilag	52 – 71

Kapitel 1

Rammesætning

Baggrund

Som led i Sundhedsstrukturkommissionens arbejde har Sekretariatet for Sundhedsstrukturkommissionen (i Indenrigs- og Sundhedsministeriet) iværksat og gennemført en analyse af samspillet mellem sundhedsvæsenets sektorer med henblik på at belyse potentialer og udfordringer for at skabe effektive og sammenhængende patientforløb i den nuværende struktur.

Med afsæt i sundhedsvæsenets aktuelle udfordringer har det været vigtigt at få etableret et stærkt vidensgrundlag om samarbejdet mellem sektorer og aktører samt at gøre status for sundhedsvæsenets aktørers kontinuerlige arbejde med at forbedre og understøtte de komplekse patientforløb, som typisk går på tværs af både sygehus, almen praksis og kommune. Dette har været nødvendigt for at belyse omfanget og karakteren af de senere års udvikling af strukturkompenserende og tværsektorielle indsatser.

Analysen skal således bidrage til, at Sundhedsstrukturkommissionen kan vurdere udfordringer med og potentialer for øget samspil mellem sektorerne, som inspiration til eventuelle forslag til strukturændringer.

Det har i den sammenhæng været betydningsfuldt at sikre, at analysen tilvejebringer ny empiri, som kan kvalificere kommissionens drøftelser.

Analysen er foretaget af Implement Healthcare, der er en del af Implement Consulting Group P/S.

Formål og afgrænsning

Opdraget for analysen omfatter to specifikke dele:

- 1 **Tværsektorielle samarbejdsfora**
Analyse af samarbejdet i og omkring de tværsektorielle organisatoriske fora i form af sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsklynger med fokus på muligheder og barrierer. Analysen skal give kommissionen et grundlag for at vurdere, om disse fora muliggør, at aktørerne indgår relevante aftaler og beslutter indsatser, som sikrer velkoordineret, sammenhængende og effektiv opgaveløsning om fælles patienter med komplekse forløb. Der kan tages udgangspunkt i erfaringer og forventninger hos repræsentanter for de funktioner/sektorer, der har interesser i – og i visse tilfælde medvirker til – samarbejdet i og omkring sundhedssamarbejdsudvalgene og sundhedsklyngerne (samt evt. forløberne til disse fora i form af Sundhedskoordinationsudvalg og klyngestrukturer).
- 2 **Sektorkrydsende indsatser**
Analyse af de senere års udvikling i forhold til sektorernes opgavedeling og samarbejde om målgrupper med tværsektorielle forløb, herunder særligt grupper med risiko for indlæggelser og/eller langvarige og komplekse behandlingsforløb. Det omfatter en analyse af barrierer for, muligheder ved og konsekvenser af eksisterende tiltag, fx i form af udgående og rådgivende sygehusfunktioner, kommunale akutfunktioner, plejehjemslæger mv. Der skal i analysen være fokus på den lokale variation i opgaveløsningen på tværs af både kommuner (fx fastlagte serviceniveauer/normeringer, forskelle i organisering af ydelser, kapacitet til at modtage udskrevne borgere m.m.) og sektorer, herunder:
 - a. Udvikling af en gruppering/typologisering af tiltag på relevante parametre, fx hvilke(n) udfordring(er) de er rettet mod
 - b. I forlængelse af pkt. a en vurdering af, hvorfor nogle typer tiltag vokser frem i stedet for andre, fx uklarheder om ansvar for bestemte elementer i patientforløb
 - c. Variationer i udbredelse og årsager hertil (fx barrierer eller forskellige behov).

Analyse af de tværsektorielle samarbejdsfora

Der er og har over de senere år været en række velkendte tværsektorielle udfordringer, som sundhedsstrukturkommissionen skal komme med forslag til løsning af. Det er som en del af dette arbejde et grundlæggende spørgsmål, om der gennem tværsektorielle samarbejdskonstruktioner inden for de nuværende strukturelle rammer, kan skabes den nødvendige sammenhæng på tværs af de eksisterende sektorer, som kan imødekomme de udfordringer, sundhedsvæsenet står i, og som forstærkes over de kommende år med den demografiske udvikling.

Sundhedsklyngerne, som blev etableret for ca. halvandet år siden, kan ses som et forsøg på at skabe bedre tværsektoriel koordinering og sammenhæng. I denne analyse ses der på de foreløbige erfaringer med sundhedsklyngerne. Erfaringerne er belyst gennem en spørgeskemaundersøgelse samt en række interviews med sundhedsklyngedeltagerne på fagligt/strategisk niveau.

Analysens resultater skal ses i lyset af, at sundhedsklyngerne i sin nuværende form og på tidspunktet for analysens gennemførelse, kun havde været i drift i lidt over et år. På den baggrund viser analysen helt overordnet en række udfordringer med den aktuelle sundhedsklyngekonstruktion. Udfordringer, som gør, at sundhedsklyngedeltagerne i begrænset omfang vurderer, at sundhedsklyngerne kan indfri sine formål og at værdiskabelsen står mål med tidsforbruget. Disse vurderinger er endvidere i vid udstrækning – om end selvfølgelig med nogen variation – delt på tværs af både regionale og kommunale deltagere samt deltagere fra almen praksis. Dette gør sig gældende for både somatikken og psykiatrien.

De væsentligste af de udpegede udfordringer med og for sundhedsklyngerne er:

- **Bureaukrati:** Tungt samarbejde, hvor der investeres meget leder- og medarbejdertid i både kommuner og regioner, direkte og indirekte, som i det store og hele ikke har ført til meget mere end at iværksætte få, tværgående initiativer og projekter inden for rammerne af de nationalt afsatte opstartsmidler.
- **Repræsentation:** Overrepræsentation af ledere med overordnet, strategisk fokus og underrepræsentation af driftsnær, operationel kompetence. Dette kompenseres der for ved at etablere supplerende, underliggende fora – ofte i en opdeling mellem direktør- og cheffora - som dog samtidig øger den organisatorisk kompleksitet, og det dertilhørende bureaukrati. Der er i forlængelse heraf forskellige holdninger til, hvordan den politiske repræsentation fra kommuner i sundhedsklyngerne optimalt set bør være. Derudover er der en særlig opmærksomhed på, at almen praksis ikke har samme forudsætninger for at indgå i samarbejdet, da der er tale om selvstændigt erhvervsdrivende, som derfor ikke har en hhv. politisk, ledelsesmæssig eller administrativ organisation, der modsvarer de øvrige.

- **Svære vilkår for beslutninger:** Manglende handlekraft og mulighed for at træffe væsentlige forpligtende beslutninger på tværs af aktørerne, specifikt når det kommer til gensidig forpligtelse af økonomi. Der er således stort set ingen sundhedsklynger, som har truffet beslutninger, der omfatter disponering af sektorenes egne budgetmidler. Det er alene de nationalt afsatte opstartsmidler, der er disponeret i fællesskab. Der er blandt deltagerne derfor også begrænset optimisme knyttet til udsigterne for, at sundhedsklyngerne kan lykkes med at træffe beslutninger, der gensidigt forpligter sektorerne på nye måder at arbejde på.

Der er meget få sundhedsklyngedeltagere, som vurderer, at sundhedsklyngerne i sin nuværende konstruktion er et relevant svar på de strukturelle udfordringer, sundhedsvæsenet står i.

Det har ikke været en eksplicit del af denne analyse af udarbejde alternative scenarier for sundhedsklyngernes konstruktion eller virkning. Der er derfor alene udarbejdet en analytisk perspektivering med afsæt i det datamateriale, som er indsamlet ifm. denne analyse – både kvalitativt og kvantitativt. På den baggrund er det Implements vurdering, at sundhedsklyngernes muligheder for at realisere sine formål er strukturelt udfordret af, at der hos de deltagende sektorer er fastlagt eksplicitte beslutningsgange og -strukturer. Fx skal økonomiske disponeringer godkendes i hver enkelt deltagende kommune og region med egne forudgående sagsgange på både administrativt og politisk niveau. Det giver den nuværende struktur for sundhedsklyngerne ikke mulighed for at omgå eller ændre på, hvilket så at sige lægger en betydelig dæmper på sundhedsklyngernes reelle handlekraft.

Tages der udgangspunkt i de identificerede problemstillinger i den eksisterende struktur, kan man antage, at sundhedsklyngerne kan være en relevant konstruktion, hvis der ikke samtidig er parallelsystemer med separate lovgivninger og fastlagte beslutningsstrukturer og selvstændige politiske ophæng. Et hypotetisk alternativ kunne være, at sundhedsklyngerne bliver egne myndigheder med klare ansvarsområder og tilhørende budgetter. Hvorvidt det vil bidrage med flere vanskeligt håndterbare snitflader, vil afhænge af antallet og karakteren af andre myndigheder og deres respektive ansvarsområder. Det er dog vigtigt at understrege, at sundhedsklyngerne er etableret for at binde de øvrige sektorer sammen, mens de i denne sammenhæng ikke er belyst som alternativ til eksisterende sektorer.

Analyse af sektorkrydsende indsatser

Som en del af analysen er der gennemført en indsamling af viden om sektorkrydsende indsatser, der er etableret inden for de seneste fem år af sygehuse (både somatiske og psykiatriske), kommuner og almen praksis. Der er således etableret et omfattende datagrundlag om både udgående, rådgivende, brobyggende og fælles funktioner som en central del af denne analyse.

Der ses en stor bredde i de udgående, rådgivende, brobyggende og fælles funktioner, som er rettet mod forskellige formål, herunder fx behandling i eget hjem, kompetenceunderstøttelse af primærsektor, styrket sammenhæng og at undgå sygehusindlæggelser som nogle af de primære. Fælles for langt de fleste af de etablerede sektorkrydsende indsatser er, at de er svar på en række oplevede udækkede behov knyttet til de nuværende strukturer på sundhedsområdet. Fra kommunernes side er det typisk en oplevet aktivitets- og kompleksitetsstigning – drevet af kortere sygehusforløb og operationelt vanskelig adgang til lægelig kompetence, som kalder på nye typer af indsatser og kompetencer, og fra sygehussiden typisk en oplevet utilstrækkelighed i primærsektoren til fx at håndtere forløb uden sygehusindlæggelse.

Langt de fleste af de mange nyere sektorkrydsende indsatser med forskellige afsæt og formål vurderes således at være udtryk for et behov for at kompensere for, at strukturerne på sundhedsområdet ikke aktuelt understøtter de aktuelle behov tilstrækkeligt. Omfanget af strukturkompenserende indsatser, der inden for de seneste fem år er etableret og igangsat fra især kommuner, sygehussomatikken og til dels behandlingspsykiatrien illustrerer, at de eksisterende strukturer og tilhørende opgavefordelinger ikke uden løbende tilpasninger og tilføjelser kan modsvare de aktuelle behov.

Der er aktuelt og i stigende grad - blandt andet drevet af det demografiske dobbeltpres – behov for at opnå den maksimale effekt af de indsatser, der leveres. Det forudsætter langt mere integration af indsatserne og sammenhæng i indsatserne. Det udfordres af de eksisterende strukturelle rammer, der både lovgivningsmæssigt, budgetmæssigt og organisatorisk (herunder specifikt kompetencemæssigt) understøtter og favner hele opgavevaretagelsen. Stadigt færre af især forløb for særligt udsatte patienter/borgere kan håndteres relevant og optimalt isoleret i en af de eksisterende sektorer.

Det er nærliggende at konkludere, at de nuværende strukturelle rammer kræver ret så omfattende kompenserende arbejde fra alle parter for at modvirke de uhensigtsmæssige effekter og utilstrækkeligheder i sammenhængen.

Samtidig er der uanset struktur altid behov for opmærksomhed på de uhensigtsmæssigheder, der altid følger. Det vil det derfor også være i en eventuel ny struktur for sundhedsvæsenet. De nuværende strukturer virker dog til være blevet overhalet af udviklingen både fsva. behov og muligheder, fx når det kommer til forudsatte kompetencer for løsningen af opgaverne i borgerens eget hjem, hvorfor det kan se ud til, at udfordringerne knyttet til strukturerne overstiger fordelene.

Kommunerne, de somatiske sygehuse og behandlingspsykiatrien blev endvidere spurgt til om de oplevede udfordringer i samarbejdet med de øvrige aktører, som er affødt af variationen i måden, opgaverne løses på, i tilbuddenes indretning i tilgangen til det tværsektorielle samarbejde. Svarene er gennemgående – og måske ikke så overraskende – at de enkelte aktører alle oplever væsentlige udfordringer i samarbejdet knyttet til systematisk variation hos de øvrige sektorer og aktører. Det gælder hos almen praksis, det gælder hos kommunerne og det gælder hos sygehuse og sygehusafdelingerne, der alle og hver især har relativt forskellige tilgange og adgange, tilbud og processer samt tilgange til samarbejdet om patienterne.

Den kommunal variation er i vid udstrækning direkte givet af det kommunale selvstyre og de lokalpolitiske råderum og ofte italesat fra regional sige og fra flere praktiserende læger. Denne analyse bekræfter at de øvrige sektorer oplever den kommunale variation som en udfordring. Samtidig tydeliggør analysen, at variation inden for og mellem sygehuse også er udstrakt og et vilkår, som kommunerne gennemgående oplever giver udfordringer for samarbejdet. På samme vis opleves også variationen i mellem de mange almene praksisser at udfordre samarbejdet (hvor kun 16 pct. svarer "i lav grad" eller "i meget lav grad" til at samarbejdet udfordres af variation). Det er en generel vurdering hos de øvrige sektorer og i særlig udpræget grad hos kommunerne.

Det betyder, at der i overvejelserne om eventuelle strukturelle justeringer eller ændringer, bør være et blik på, hvordan uhensigtsmæssige variationer kan undgås. Det kan i hvert fald konstateres, at der er meget få muligheder i den nuværende struktur for at reducere den uhensigtsmæssige variation, der reducerer effektivitet, kvalitet og herunder sammenhæng i indsatserne (noget der rammer særligt udsatte borgere hårdest og dermed også øger uligheden i sundhed). Det vidner mange års og ikke mindst de senere års bestræbelser afdækket i forbindelse med denne analyse på tydelig vis om.

Der kan derfor med fordel ses på, om fremtidige strukturer kan tegnes, så den aktuelle og fremtidige opgaveløsning understøttes og samles – og ikke fragmenteres. Fx kan det være hensigtsmæssigt at sikre, at de forskellige kompetencer, der er en forudsætning for at løse de givne opgaver, er direkte til rådighed inden for de givne strukturelle afgrænsninger, samt at der er et samlet økonomisk ansvar for både indsats og effekt. Aktuelt er det tydeligt, at de enkelte sektors prioriteringer ofte afspejler, at konsekvenser – både negative og positive – der falder i andre sektorer, ikke er i fokus.

Rapportens opbygning

Opbygning

Rapporten er disponeret i tre kapitler, hvoraf første kapitel er indeværende, der beskriver de metodemæssige valg og det empiriske grundlag overordnet samt strukturen i rapporten. De efterfølgende to kapitler indeholder to separate analyser, der med forskelligt fokus og forskelligt empirisk grundlag undersøger udfordringer og potentialer i spillet mellem sektorer og for sammenhængende patientforløb. Hertil følger et bilag med empiri præsenteret i beskrivende grafer, figurer og tabeller. Rapporten følger således denne struktur:

1 Rammesætning

Første kapitel indeholder foruden resuméet et overblik over rapportens baggrund, formål og opbygning samt en læsevejledning. Endelig beskrives de metodiske overvejelser og valg truffet i forbindelse med rapportens dataindsamling og analysearbejde samt det anvendte datagrundlag.

2 Tværsektorielle samarbejdsfora

Andet kapitel analyserer det tværsektorielle samarbejdsfora, der er skabt i forbindelse med etableringen af sundhedsklyngerne. Klyngernes konstruktion og implementeringsstatus kortlægges, mens spørgeskemabesvarelser fra medlemmer af klyngerne benyttes til at analysere deres effektivitet, relevans og potentiale.

3 Sektorkrydsende indsatser

I tredje kapitel kortlægges sektorkrydsende indsatser iværksat eller drastisk udvidet inden for de seneste fem år i regi af sygehussomatikken, behandlingspsykiatrien og den kommunale sundhedsindsats. Hertil analyseres indsatsernes indhold for at identificere de uopdagede behov, de er et svar på og de strukturelle omstændigheder, der har krævet deres oprettelse.

B Bilag

Af bilag fremgår understøttende grafer, figurer og tabeller tilhørende de tre kapitler. Endvidere kan de anvendte spørgerammer til interview, respondentliste og design af diverse spørgeskemaer ligeledes findes i bilag.



Metode og datagrundlag

Der er til delanalysen af de tværsektorielle samarbejdsfora været tre primære datakilder:

Statusindhentning

Klyngesekretariaterne har bidraget med overblik over den konkrete udmøntning af klyngekonstruktioner samt implementeringsstatus. Der er her blevet spurgt til objektive forhold vedrørende klyngerne og deres status, herunder:

- Mødelængde, -hyppighed og -deltagelse
- Etablering af yderligere fora relateret til sundhedsklyngernes arbejde
- Igangsatte initiativer og arbejdsgrupper
- Økonomi og administrativ understøttelse.

De konkrete spørgsmål kan findes i bilag 1. Alle 22 klyngesekretariater har bidraget med svar.

Spørgeskema blandt klyngedeltagerne på fagligt/strategisk niveau

Der er gennemført et spørgeskema blandt alle deltagere i sundhedsklyngerne på fagligt/strategisk niveau. Klyngedeltagerne er identificeret via sundhedsklyngesekretariaterne. Svarpct. for de forskellige grupper ses neden for.

Table 1.1. Svarprocent for spørgeskema blandt klyngedeltagere

	Antal respondenter	Antal udsendte spørgeskemaer	Svarpct.
Almen praksis	45	57	79 pct.
Brugerrepræsentanter	24	39	62 pct.
Kommune	107	144	74 pct.
Region	68	88	77 pct.
Total	245	328	75 pct.

Spørgeskemaet er gennemført individuelt og anonymt.

Klyngedeltagerne er spurgt til en række spørgsmål om deres vurdering af sundhedsklyngernes relevans, potentiale og barrierer for både det somatiske og psykiatriske område.

Alle respondenter er indledningsvist i spørgeskemaet spurgt til deres egen vurdering af, om de har haft forudsætninger for at vurdere sundhedsklyngernes relevans, barrierer og potentialer for det somatiske og/eller det psykiatriske område. Hvis en respondent valgte ét af områderne fik de alene spørgsmål knyttet til det område, og hvis de valgte begge områder fik de spørgsmål knyttet til begge områder. I praksis har 233 angivet svar for somatikken og 133 for psykiatrien.

Interviews med udvalgte klyngedeltagere

Der er i alt gennemført interviews med 23 respondenter. Respondenter havde forud for interviewet deltaget i spørgeskemaet, og dækker knap 10 % af de besvarede spørgeskemaer.

De konkrete interviewdeltagere blev udvalgt mhp. at skabe variation på tværs af aktører, geografi, somatik og psykiatri samt direktør- og chefniveau. Af hensyn til opgavens tidsmæssige rammer blev det fravalgt at inddrage politiske aktører i denne analyse.

Table 1.2. Oversigt over respondenter

	Navn	Stilling	Region/kommune
Regional	Annemarie Hvidberg Hellebek	Hospitalsdirektør	Bornholms Hospital
	Mette Touborg	Sygehusdirektør	Holbæk Sygehus
	Lisbeth Lagoni	Sygeplejefaglig direktør	Aalborg Universitetshospital
	Daniel Kjærgaard Simonsen	Kontorchef for Sundhedsplanlægning	Region Nordjylland
	Tina Ebler	Hospitalsdirektør for Psykiatrien	Region Midtjylland
	Klaus Birkelund Johansen	Cheflæge Akutafdelingen	Regionshospitalet Horsens
	Charlotte Rosenkrantz Josefsen	Administrerende Sygehusdirektør Psykiatrien	Region Syddanmark
	Trine Holgersen	Direktør, Det Nære Sundhedsvæsen	Region Sjælland
	Ida Kock Møller	Chef, Ældre- og Handicapafdelingen	Rødovre Kommune
	Martin Roed	Direktør, Sundhed og Velfærd	Glostrup Kommune
Kommunal	Kasper Sonne	Direktør, Det Sociale Område	Ringsted Kommune
	Tina Maria Larsen	Centerchef, Center for Sociale Indsatser	Aalborg Kommune
	Mikkel Grimmeshave	Direktør, Sundheds-, Ældre- og Handicapforvaltningen	Hjørring Kommune
	Lene Jensen	Omsorgschef	Randers Kommune
	Ulrik Johansen	Direktør for Social og Sundhed	Favrskov Kommune
	Irene Ravn Rossavik	Social- og sundhedsdirektør	Middelfart Kommune
	Ole Slot	Kommunaldirektør	Vejen Kommune
	Felicia Geertinger	Praktiserende læge	Bornholm
	Peter Wied	Praktiserende læge	Nykøbing Falster
	Almen praksis	Jørgen Busch	Brugerrepræsentant
Pia Bruun Madsen		Repræsentant fra PIU	Region Sjælland
Torben Pedersen		Medlem af patientinddragelsesudvalget	Region Nordjylland
Birgit Jonassen		Medlem af patientinddragelsesudvalget, Ældre Sagen	Region Midtjylland

Interviewdeltagerne har deltaget anonymt. Interviews har som udgangspunkt taget ca. 45 minutter – nogle lidt længere og enkelte lidt kortere. Respondenternes spørgeskemabesvarelser har fungeret som spørgeguide, hvor interviewet blev brugt til uddybning og nuancering af spørgeskemasvar samt input til eventuelle supplerende temaer, som spørgeskemaet ikke adresserede.

Metode og datagrundlag

Der er til delanalysen af sektorkrydsende indsatser fem primære datakilder: tre spørgeskemaer, data for almen praksis samt interviews med nøgleaktører.

Spørgeskema til kommuner, sygehus og regioner

Alle kommuner, sygehusledelser og regioner har i oktober-november modtaget spørgeskemaer om sektorkrydsende indsatser. Sygehusene har svaret for somatikken og regionerne for psykiatrien. Nedenstående skema giver et overblik over de konkrete modtagere og svarpct.er.

Tabel 1.3. Modtagere og svarpct.er

Svar	Modtagere	Besvarelser	Svarpct.
Kommuner	Kommunale sundhedsdirektører	63	64 pct.
Sygehuse	Sygehusdirektører	14	67 pct.
Regioner	Regional psykiatridirektør	3	60 pct.

Udfyldelsen af spørgeskemaerne har krævet indhentning af oplysninger fra forskellige dele af de respektive organisationer. I praksis har det derfor været stabsfunktioner, som har leveret og koordineret besvarelserne for de respektive organisationer.

Spørgeskemaerne har været målrettet hhv. kommuner, sygehuse og regioner, dog med væsentlige fællestræk i de temaer der er spurgt til. Nedenstående skema giver et overblik over, hvilke temaer de forskellige aktører er blevet spurgt til.

Tabel 1.4. Oversigt over temaer i spørgeskemaer

Svar	Temaer der er spurgt ind til i spørgeskemaer
Temaer som både kommuner, sygehuse og regioner blev spurgt til	<ul style="list-style-type: none"> • Brobyggende funktioner • Fælles funktioner • Udfordringer i samarbejdet knyttet til variation
Temaer som kun regioner og sygehuse blev spurgt til	<ul style="list-style-type: none"> • Udgående funktioner • Rådgivende funktioner
Temaer som kun kommuner blev spurgt til	<ul style="list-style-type: none"> • Særlige funktioner • Formaliserede aftaler

Der er på tværs af de forskellige funktioner (udgående, rådgivende, brobyggende, m.v.) spurgt til, om de respektive enheder har oprettet eller væsentligt udvidet funktioner, hvilke "udækkede behov" oprettelsen eller udvidelsen var et svar på samt kapaciteten knyttet til funktionen i dag og for fem år siden. Spørgeskemaerne har tilvejebragt et meget omfattende datamateriale (herunder meget "kvalitativ" data i form af fritekstsvare om beskrivelser af funktioner og de udækkede behov de var svar på).

Der er i den forbindelse to væsentlige opmærksomhedspunkter:

- Svarene på kapacitet både i dag og for fem år siden er så mangelfulde, at de ikke kan anvendes generelt. For enkelte områder (specifikt de brobyggende funktioner i kommunerne) vurderes kvaliteten dog at være tilstrækkelig til at give indikation på udviklingen over tid, og disse er gengivet i rapporten.
- Data giver ikke grundlag for at vurdere et samlet landsdækkende billede af hvor mange og hvilke typer, der er af de forskellige funktioner (og det har ikke været en intention at skabe dette billede). Det skyldes først og fremmest, at der har været spurgt ind til *nyoprettede* eller *væsentligt udvidede funktioner* inden for de seneste fem år. Dette metodiske valg blev foretaget for ikke at øge omfang og kompleksitet i spørgeskemaerne yderligere, da de i forvejen krævede indhentning af meget information.

Datatræk for udgående funktioner i almen praksis

Sundhedsdatastyrelsen har bistået med datatræk for otte udvalgte sektorkrydsende ydelser i almen praksis. Data fokuserer på nationale opgaver, dvs. eksklusiv lokale tiltag, forskningsprojekter o.lign.

Interviews

Der har været gennemført en række interviews som har haft til formål (1) uddybe og nuancere særligt årsagerne til oprettelsen af de forskellige typer af funktioner, som er iværksat samt (2) case-specifikke interviews til udarbejdelse af de fem cases som er beskrevet i rapporten.

Tabel 1.5. Oversigt over interview

Navn	Stilling	Region/kommune
Charlotte Hosbond og Anne Skriver Andersen	Direktør for Center for Sundhed / koncerndirektør	Region Hovedstaden
Trine Hedegaard Holgersen	Direktør for Det Nære Sundhedsvæsen	Region Sjælland
Eva Sejersdal Knudsen	Direktør for Patientforløb og Økonomi	Region Nordjylland
Poul Henning Madsen og Stefan Posth	Cheflæge FAM / Overlæge FAM	Region Syddanmark
Trine Agerskov	Chefsygeplejerske Akutafdelingen	Region Midtjylland
Karen Raben Kudsk og Ibén Duval	Projektleder / Cheflæge Akutafdelingen	Region Midtjylland
Ann-Dorthe Olsen Zwisler og Ditte Lindhardt Albrektsen	Overlæge Kardiologisk / Diætist	Region Syddanmark og Odense Kommune

Kapitel 2

Tværasektorielle samarbejdsfora

Sundhedsklyngernes lovgivningsmæssige rammer

Rammerne for sundhedsklyngesamarbejdet er beskrevet i bekendtgørelsen om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsaftaler og patientinddragelsesudvalg. Bekendtgørelsen beskriver både formål og rammer for sundhedsklyngerne fsva. organisatorisk konstruktion, bemanning, formandskab, sekretariatsbetjening, m.v. Sundhedsklyngerne er, jf. bekendtgørelsens §1 "et forpligtende samarbejde (sundhedsklynger) omkring hvert akutsygehus i regionen. Sundhedsklyngerne omfatter både somatik og psykiatri og skal bidrage til bedre sammenhæng i behandlings-, rehabiliterings-, forebyggelses- og plejetilbud."

Der er i hver sundhedsklynge et politisk niveau og fagligt/strategisk niveau. Nedenstående skema giver et overblik over deres opgaver, formandskab, bemanning, mødehyppighed og sekretariatsbetjening, som det er beskrevet i bekendtgørelsen.

	Politisk niveau	Fagligt/strategisk niveau
Opgaver	<p>§ 2: Opgaverne for det politiske niveau er bl.a.:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) at sætte retning for sundhedsklyngen, herunder igangsætte indsatser med omstilling til det primære sundhedsvæsen, 2) at implementere og komme med input til den sundhedsaftale, som regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen skal indgå ifølge sundhedslovens § 205, 3) at implementere og komme med input til nationale tiltag og drøfte og beslutte anvendelsen af prioriterede midler mv., og 4) at opstille selvstændige mål for arbejdet i klyngen inden for sundhedsaftalens rammer med udgangspunkt i de lokale udfordringer og behov, f.eks. i forhold til særlige indsatser for at imødegå sammenhængsproblematikker i sundhedsklyngens population eller evt. lokale folkesundhedsmæssige udfordringer og sygdomsbyrder 	<p>§9: Opgaverne for det fagligt strategiske niveau er bl.a.:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) at tage hånd om borgernes behov med fokus på at sikre konkrete løsninger for bedre sammenhæng, kvalitet og øget nærhed, 2) at være en drivende kraft for styrket kvalitet, sammenhæng og omstilling i det nære sundhedsvæsen, 3) at følge op på fastlagte mål og implementering af lokalt og nationalt aftalte initiativer, f.eks. kvalitetstiltag, nationale handlingsplaner og øvrige relevante initiativer, 4) at udvikle og aftale lokale modeller for bl.a. bedre forløb med fokus på styrket kvalitet og øget nærhed, f.eks. for udvalgte patientgrupper, 5) at håndtere praktiske udfordringer og muligheder i sundhedsklyngen, herunder igangsætte relevante samarbejdsprojekter målrettet de fælles patienter, f.eks. samarbejde om akutpladser, forløb for psykiatriske patienter, bedre forløb for ældre medicinske patienter eller borgere med kroniske sygdom og fælles forebyggelsesindsatser mv., 6) at sikre implementeringen af nationale eller lokalt prioriterede initiativer til styrket sammenhæng, nærhed og omstilling, herunder f.eks. midler øremærket som led i de årlige økonomiaftaler og 7) at følge og drøfte centrale nøgletal og data for populationen inden for sundhedsklyngen, så data kommer til at understøtte et tæt samarbejde og strategisk prioritering af sundhedsindsatser
Formandskab	<p>§ 4. Det politiske niveau har et delt formandskab. Formandskabet udgøres af regionsrådsformanden og en borgmester valgt af kommunalbestyrelserne fra de deltagende kommuner</p>	<p>§ 11. Det faglige strategiske niveau har et delt formandskab mellem regionale og kommunale repræsentanter.</p>
Bemanning	<p>§ 3. Hvor ikke andet aftales, vil det politiske niveau bestå af:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) mindst 2 regionsrådsmedlemmer, heriblandt regionsrådsformanden, 2) borgmestre fra hver af de deltagende kommunalbestyrelser i sundhedsklyngen, og 3) 2 praktiserende læger udpeget af Praktiserende Lægers Organisation (PLO) som repræsentanter for almen praksis inden for sundhedsklyngens område. 	<p>§ 10. Hvor ikke andet aftales, vil det faglige strategiske niveau bestå af:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 3 repræsentanter for regionen, herunder det psykiatriske område, 2) 1 repræsentant fra hver af de deltagende kommuner, 3) 2 praktiserende læger udpeget af PLO som repræsentanter for almen praksis inden for sundhedsklyngens område, og 4) 2 repræsentanter for patienter og pårørende, jf. § 30, stk. 4.
Møder	<p>§6: Det politiske niveau mødes som minimum to gange årligt</p>	<p>§ 13. Det faglige strategiske niveau mødes minimum fire gange årligt.</p>
Sekretariatsbetjening	<p>§ 5. Regionsrådet yder sammen med kommunalbestyrelserne i sundhedsklyngen den sekretariatsmæssige betjening af det politiske klyngeniveau, herunder forberedelsen af møder.</p>	<p>§ 12. Regionsrådet sammen med kommunalbestyrelserne i sundhedsklyngen yder den sekretariatsmæssige betjening af det faglige strategiske klyngeniveau, herunder forberedelsen af møder.</p>

Sundhedsklyngekonstruktioner

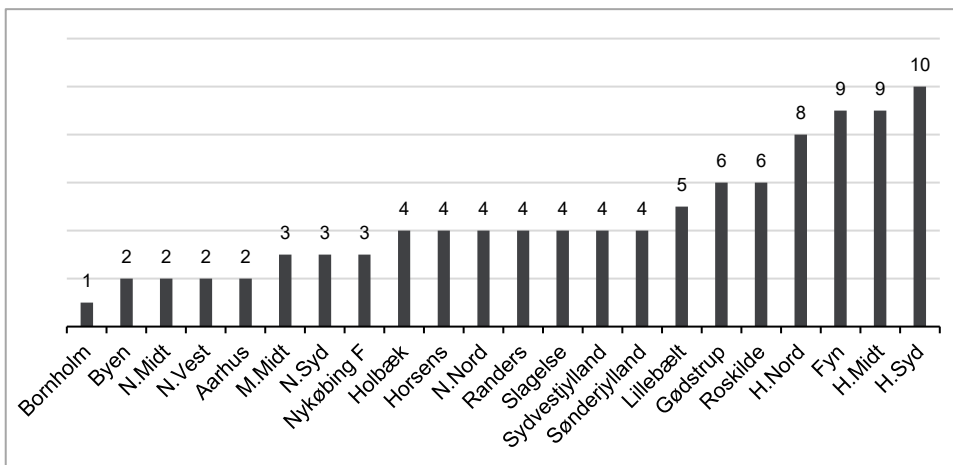
Kortlægning: Faktuelt om konstruktionerne

Der er etableret 22 sundhedsklynger, alle med omdrejningspunkt i ét akutsygehus. Alle klynger opererer inden for én region, og kommunerne hører ligeledes kun til én sundhedsklynge. Vejen Kommune og Københavns Kommune er begge undtagelser til dette, da begge tilhører to klynger. Det betyder, at der i gennemsnit er én region og ca. 4-5 kommuner repræsenteret i hver sundhedsklynge, dog med væsentlig variation henover sundhedsklyngerne (se figur nedenfor).

Hvor sundhedsklyngen på Bornholm omfatter én kommune, har sundhedsklyngerne i den anden ende af skalaen i omegnen af 10 deltagende kommuner. Der er samtidig ikke nogen entydig sammenhæng mellem antallet af kommuner i klyngen og klyngens befolkningsunderlag. Som eksempel er der kun to kommuner i hver af de store klynger omkring Aarhus Universitetshospital og Bispebjerg-Frederiksberg Hospital, mens der er ni kommuner i klyngen omkring Odense Universitetshospital.

Konteksten og vilkårene for sundhedsklyngernes arbejde er alene af den grund vidt forskellige.

Figur 2.1. Antal deltagende kommuner pr. klynge



Bemanning

Bekendtgørelsen lægger op til, at med mindre andet aftales bemannes det faglig/strategiske niveau i sundhedsklyngerne med tre regionale repræsentanter, en repræsentant fra hver af de deltagende kommuner, to repræsentanter fra almen praksis samt to brugerrepræsentanter.

Det er i praksis udmøntet således, at klyngerne består af mellem 8 og 29 medlemmer, hvor langt hovedparten af klyngerne er består af mellem 10 og 20 medlemmer (17/22). Der er en vis regional variation i antallet af klyngedeltagere, hvor det gennemsnitlige antal deltagere i Region Hovedstaden er 24, mens det blot 10 i Region Sjælland.

Der er i alt 21 klyngedeltagere, som er medlemmer i mere end en sundhedsklynge, heraf er 15 fra regionerne, fire fra kommunerne og to brugerrepræsentanter (af de 15 regionale medlemmer, der indgår i flere klynger, er der én, der er medlem i 5 klynger, seks der er i 4 klynger, tre i 3 klynger og fem i 2 klynger).

Tabel 2.1. Medlemmer pr. klynge fordelt på type

Region	Klynge	Region	Kommune	Almen praksis	Bruger-rep	Total
Hovedstaden	Bornholm	8	5	3	3	19
	Byen	9	10	1	1	21
	H.Midt	12	12	3	2	29
	H.Nord	9	14	3	2	28
	H.Syd	5	14	2	3	24
Midtjylland	M.Midt	8	3	2	0	13
	Gødstrup	5	7	2	2	16
	Randers	4	10	2	2	18
	Aarhus	4	4	3	2	13
	Horsens	8	4	2	2	16
Nordjylland	N.Midt	6	8	3	2	19
	N.Nord	3	4	3	2	12
	N.Syd	4	3	3	2	12
	N.Vest	3	2	3	2	10
Sjælland	Nykøbing F	2	3	2	1	8
	Roskilde	2	6	2	2	12
	Slagelse	2	4	2	2	10
	Holbæk	3	4	2	2	11
Syddanmark	Sydvestjylland	3	4	2	2	11
	Sønderjylland	3	4	2	2	11
	Fyn	3	10	2	2	17
	Lillebælt	3	5	3	2	13

Note: Tabellen tager højde for at nogle medlemmer indgår i flere forskellige klynger og afspejler således det samlede antal medlemmer pr. Klynge og en total på typen af medlemmer kan ikke laves på ovenstående pga. dubletter.

Sundhedsklyngekonstruktioner

Yderligere fora

Sundhedsklyngerne indeholder jf. bekendtgørelsen et politisk og et fagligt/strategisk niveau. I tillæg hertil er der i stort set alle klynger etableret yderligere fora til at understøtte arbejdet.

Der er forskellige modeller for, hvordan dette ser ud på tværs af klyngerne. I nogle sundhedsklynger beskrives de yderligere fora som en opdeling af det faglige/strategiske niveau i to niveauer (ofte "direktør- og chefforum"), mens det i andre sundhedsklynger beskrives som yderligere fora, der orienterer sig mod og refererer til sundhedsklyngerne.

Det er dog et helt gennemgående træk i indmeldingerne fra sundhedsklyngesekretariatene, at der har været behov for etablering (eller fortsættelse) af operationelle fora under direktørniveauet, som kan håndtere implementeringsopgaven samt de mere praktiske og driftsnære spørgsmål vedrørende sundhedsklyngernes arbejde. Udover disse er der endvidere en række sundhedsklynger, som etablerer ad hoc grupper til håndtering af konkrete opgaver igangsat af sundhedsklyngen.

I en del af sundhedsklyngerne er de operationelle fora tematisk opdelt, ofte som minimum med en opdeling mellem somatiske og psykiatriske fora, om end også andre tematiske snit anvendes. I nogle af de sundhedsklynger, hvor der er flere operationelle grupper, er der endvidere etableret et koordinerende forum mellem det faglige/strategiske (direktør)-niveau og de mere operationelt orienterede grupper.

Samlet set kan det konstateres, at den overordnede organisering af sundhedsklyngernes arbejde omfatter en vis kompleksitet, hvor der flere steder er mange fora på flere niveauer.

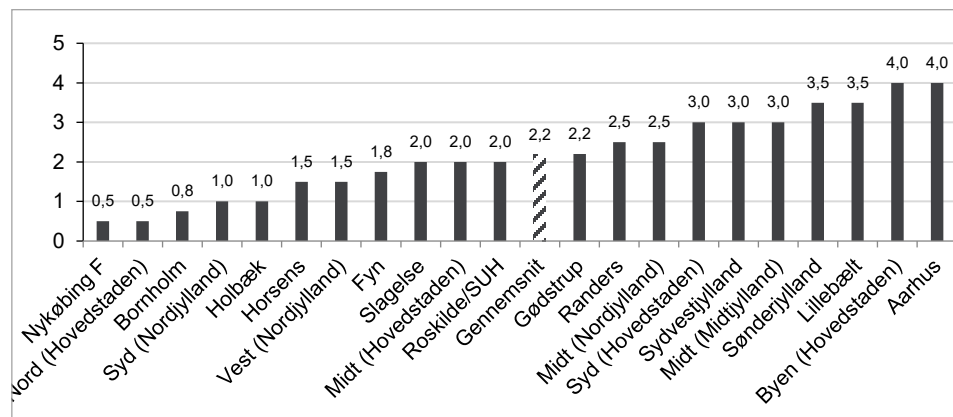
Administrativ understøttelse

Klyngesekretariatene er til denne analyse blevet spurgt ind til omfanget af den administrative understøttelse af sundhedsklyngerne. Værdierne er anslåede, og flere klynger bemærker, at det er vanskeligt at opgøre præcist.

Sundhedsklyngerne sekretariatsbetjenes generelt set af kommuner og regioner i fællesskab. Samlet set estimeres der at være afsat 46 årsværk – på tværs af region og kommuner - til administrativ understøttelse af de 22 sundhedsklyngers arbejde. Det svarer i gennemsnit til lidt over 2 årsværk til administrativ understøttelse per sundhedsklynge.

Som det fremgår af figuren nedenfor, er der dog betydelig variation i omfanget af administrativ understøttelse på tværs af sundhedsklyngerne. Ca. en tredjedel af klyngerne har 1,5 årsværks understøttelse eller mindre, mens endnu en tredjedel har tre eller flere årsværks administrativ understøttelse. Der er således en forskel i omfang af administrativ understøttelse på en faktor 8 mellem top og bund – og mere end faktor 4 selv hvis man ser bort fra de to med mindst administrativ understøttelse og de to med mest.

Figur 2.2. Årsværk til administrativ understøttelse



Note: Data er baseret på klyngesekretariaternes indmeldinger. Gennemsnit over alle klynger er skraveret. En klynge har angivet, at det ikke er muligt at opgøre antallet af årsværk. Klyngen er således ekskluderet for ikke at påvirke gennemsnittet uretmæssigt negativt.

Sundhedsklyngernes implementeringsstatus

Fremdrift

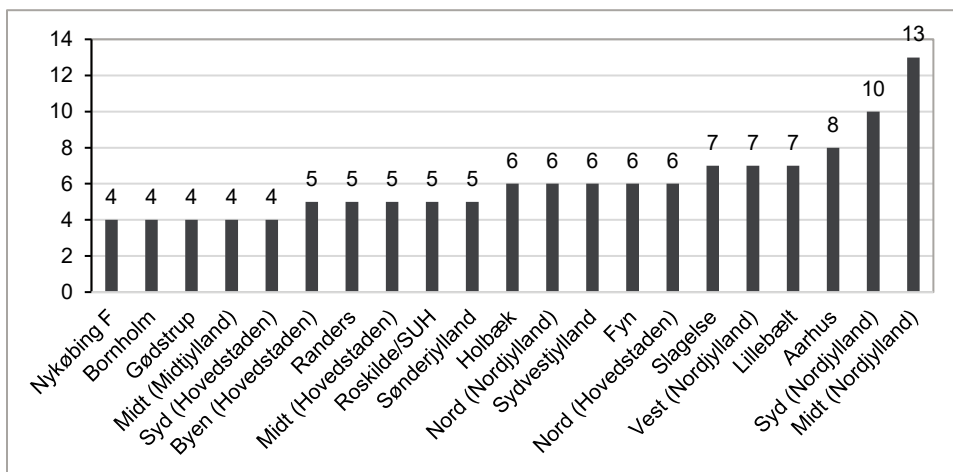
Sundhedsklyngerne er stadig relative nye, og der er derfor en vis variation i fremdriften på tværs:

- Alle sundhedsklyngerne har holdt mellem 2-4 møder på politisk niveau til og med oktober 2023. Ca. 25 pct. har holdt to møder, 50 pct. har holdt tre møder, og 25 pct. har holdt fire møder.
- På fagligt strategisk niveau har alle sundhedsklyngerne holdt mindst fire møder til og med oktober 2023. Dog er der her større variation end på politisk niveau (jf. figuren nedenfor), hvor ca. halvdelen af sundhedsklyngerne har holdt 4-5 møder, og den anden halvdel har holdt seks møder eller flere – enkelte sundhedsklynger har haft væsentlig højere mødekadence end de øvrige.

På politisk niveau er den planlagte mødekadence for stort set alle klynger fremover to årlige møder. På fagligt/strategisk niveau planlægger ca. 75 pct. af klyngerne fire årlige møder, mens de resterende planlægger 5-6 møder, og en enkelt planlægger otte årlige møder (Klynge Midt i Nordjylland).

Typiske møder varer ca. to timer både på politisk og fagligt/strategisk niveau.

Figur 2.3. Antal møder til og med oktober 2023



Note: Data er baseret på klyngesekretariaternes indmeldinger.

Deltagelse

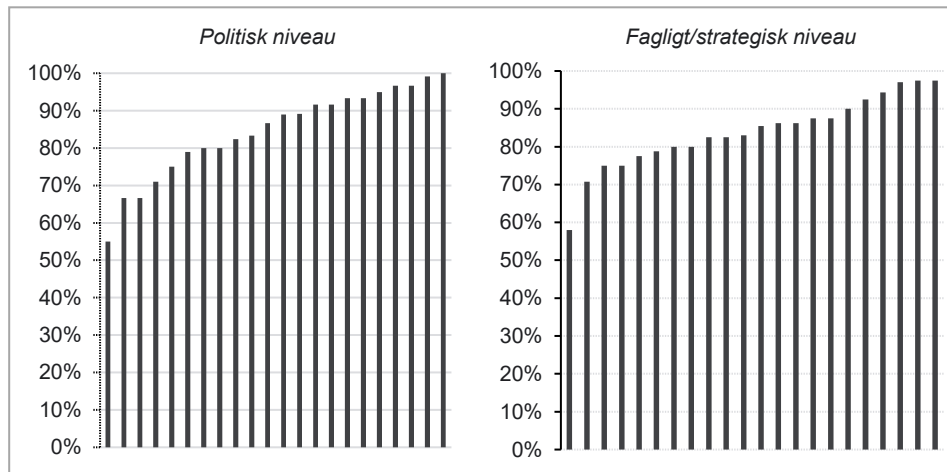
På både politisk og fagligt/strategisk niveau har der på møderne været en gennemsnitlig deltagelsesprocent på ca. 85, både samlet set og på tværs af de forskellige aktører. Der er, som tabellen nedenfor viser, ingen relevant variation i fremmødepct. på tværs af aktørgrupperne i samtlige klynger.

Tabel 2.2. Fremmødepct.

Deltager	Politisk niveau	Fagligt/strategisk niveau
Region	85 pct.	85 pct.
Kommune	86 pct.	85 pct.
Almen praksis	83 pct.	84 pct.
Brugerrepræsentanter	-	82 pct.
I alt	85 pct.	84 pct.

Der er dog væsentlig variation i den gennemsnitlige fremmødepct. inden for de enkelte sundhedsklynger (jf. figurene nedenfor), hvor ca. en tredjedel af klyngerne har haft fremmøde på under 80 pct. og ca. en anden tredjedel på over 90 pct.

Figur 2.4. Fremmødepct. på politisk og fagligt/strategisk niveau på tværs af klynger



Note: Data er baseret på klyngesekretariaternes indmeldinger. Gennemsnittene i tabellen er et simpelt gennemsnit af de enkelte klyngers fremmødepct. for hver kategori. Tallene tager derfor ikke højde for variation i antal af klyngemedlemmer inden for de respektive grupper på tværs af klyngerne.

Sundhedsklyngernes implementeringsstatus

Igangsatte initiativer og forpligtiget økonomi

Der blev i forbindelse med etableringen af sundhedsklyngerne afsat klyngemidler til opstartsperioden fra national side. Med afsæt i disse har sundhedsklyngerne igangsat en lang række initiativer af varierende karakter og rettet mod forskellige målgrupper og udfordringer.

Klyngesekretariaterne har til denne analyse indmeldt 117 initiativer. Som det fremgår af tabellen nedenfor, er de fleste initiativer (84 af de 117) under implementering eller gennemførelse. Yderligere 29 initiativer er under drøftelse eller besluttet, men endnu ikke igangsat. Endelig er kun ganske få initiativer gennemført.

Desuden er der iværksat ca. dobbelt så mange initiativer på det somatiske område, som på det psykiatriske område.

Tabel 2.3. Implementeringsstatus for igangsatte initiativer

Implementeringsstatus	Psykiatri og somatik	Somatik	Psykiatri	Andet	Total
Under drøftelse	7	5	5	1	18
Besluttet men ikke igangsat	1	4	6		11
Under implementering/ gennemførelse	11	50	23	0	84
Implementeret/gennemført	2	2	0	0	4
I alt	21	61	32	1	117
Økonomi (mio. kr.)	9,4	51,4	21,8	0,3	82,9

Økonomi

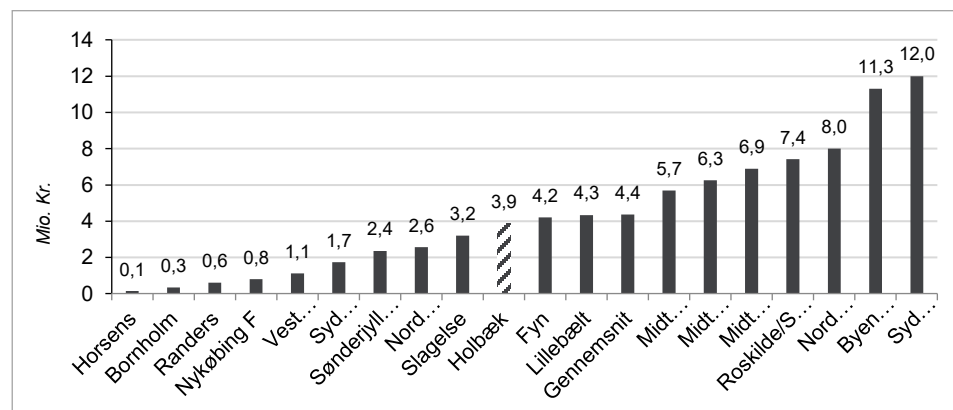
Der er bundet ca. 83 mio. kroner til de 117 indmeldte initiativer, jf. tabellen til venstre. Af disse er ca. 60 pct. bundet i initiativer knyttet alene til det somatiske område, ca. 26 pct. til initiativer alene inden for det psykiatriske område, mens de resterende midler er afsat til initiativer på tværs af områderne.

På tværs af sundhedsklyngerne er der stor variation (jf. figuren nedenfor) i, hvor meget økonomi der er bundet i initiativer, svingende fra under 1 mio. kr. til over 10 mio. kr.

Fælles er dog, at langt størstedelen af den økonomi, der er igangsat initiativer for, stammer fra de nationalt afsatte opstartsmidler. Kun seks ud af de 22 sundhedsklynger (svarende til 27 pct.) har forpligtiget økonomi udover de nationalt afsatte klyngemidler. Af disse seks klynger er fire en del af den samme aftale på stomiområdet i Region Midtjylland, mens en enkelt klynge har afsat et lille beløb til et døgnseminar.

I det store perspektiv er der altså i meget begrænset omfang lavet aftaler om at forpligte økonomi udover de nationalt afsatte opstartsmidler.

Figur 2.5. Afsat økonomi fordelt på klynger



Note: Gennemsnit over alle klynger er skraveret. Tre klynger er ekskluderet fra data da de har angivet der er økonomi afsat til de specifikke initiativer uden at angive beløbet. De er således ikke inkluderet i gennemsnittet.

Vurdering af sundhedsklyngernes relevans

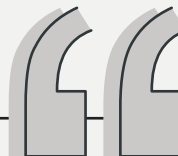
På de foregående sider er en række faktuelle forhold om sundhedsklyngerne gennemgået. Disse faktuelle forhold er baseret på indmeldinger fra sundhedsklyngesekretariaterne.

På de følgende sider analyseres sundhedsklyngedeltagernes *vurderinger* af sundhedsklyngernes relevans, barrierer og potentialer, som de er formidlet og beskrevet gennem spørgeskemasvar og interviews.

Gennemgangen af spørgeskemaer og interviewdata følger nedenstående struktur:

- Klyngedeltagernes vurdering af sundhedsklyngernes potentiale
- Klyngedeltagernes vurdering af den nuværende konstruktion
 - Tidsforbrug
 - Repræsentation
 - Vilkår for beslutninger

Gennemgangen og analysen af klyngedeltagernes vurderinger af sundhedsklyngerne i sin aktuelle konstruktion efterfølges af vurderingen af udviklingsbehov og fremtidige potentiale og afsluttes med en kort perspektivering op mod sundhedsvæsenets eksisterende og eventuelle fremtidige strukturer.



Jeg tror mest, man skal se værdien i det her som networking. Der er i hvert fald ikke meget, der tyder på, at vi kommer til at træffe væsentlige beslutninger i den nærmeste fremtid.

- Kommunal deltager i sundhedsklynge

Vurdering af den nuværende konstruktion

Mange ser behov for ændringer i den nuværende konstruktion

Deltagerne i sundhedsklyngerne på fagligt/strategisk niveau er i spørgeskemaet blevet spurgt til deres vurdering af, om sundhedsklyngerne i sin nuværende konstruktion har de nødvendige forudsætninger for at indfri sine formål. Svarfordelingen ses nedenfor.

Forskellen på nedenstående spørgsmål og spørgsmålene på forrige side er, at nedenstående spørgsmål knytter sig direkte til konstruktionen, som den ser ud i dag (og ikke potentialerne i et sundhedsklyngesamarbejde).

Der er relativt bred enighed om, at sundhedsklyngekonstruktionen i sin nuværende form kræver ændringer for at kunne indfri sine formål. Der er naturligvis variation, herunder også respondenter som er optimistiske ved den nuværende konstruktion. Fra interviewprogrammet synes variationen at spænde fra en optimisme ved, at der er tale om forventelige opstartsvanskeligheder, til en vurdering af et behov for at "starte helt forfra". Følgende nedslag i data er væsentlige:

- Samlet set en nogenlunde ensartet vurdering af den nuværende konstruktions relevans for både det somatiske og psykiatriske område, dog med en vis tendens til at respondenterne vurderer relevansen for psykiatrien mere pessimistisk end somatikken (41 pct. som svarer "negativt" for psykiatrien mod 33 pct. for somatikken).
- Der ses en tendens til, at de regionale deltagere vurderer sundhedsklyngerne mindre relevante på det psykiatriske område, end de kommunale deltagere gør. Interviewene belyser nogle af årsagerne, hvorfra der peges på, at den regionale psykiatris område går på tværs af flere sundhedsklynger, og at de regionale deltagere derfor ofte er involveret i flere klyngesamarbejder med dertilhørende tidsforbrug og vanskeligheder ved at træffe tværgående beslutninger. Herudover peges der på, at den mere pessimistiske vurdering fra de regionale deltagere (ii) afspejler kompleksiteten i arbejdet op imod den kommunale "socialpsykiatri", som løses på tværs af mange forskellige myndigheds- og forvaltningsområder.

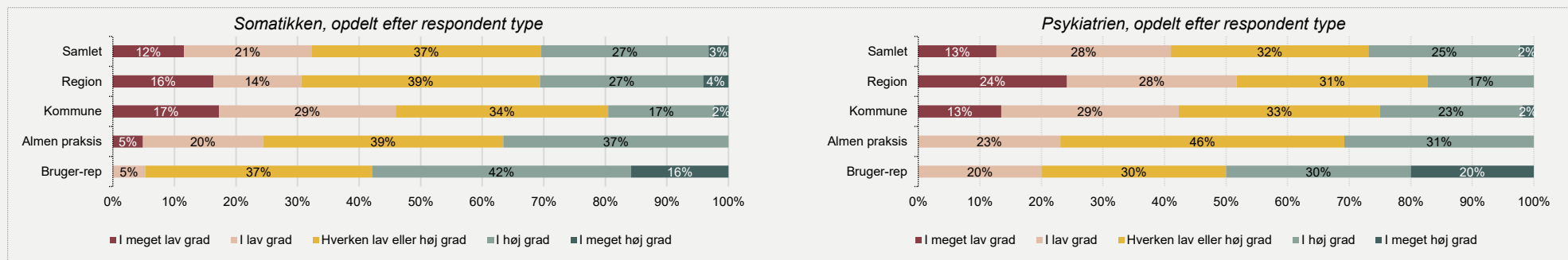
- De kommunale deltagere vurderer samlet set sundhedsklyngerne mindre relevante på det somatiske område end de regionale deltagere. Fra interviewene peges der på, at det blandt andet handler om en oplevelse af, at den store omstilling mod et mere nært sundhedsvæsen kræver en kompetence- og ressourcemæssig opbygning i kommunerne, som sundhedsklyngerne ikke vurderes at give et svar på.

De primære udfordringer og barrierer, der fremhæves ved den nuværende konstruktion omfatter:

- **Bureaukrati:** Tungt samarbejde, der investeres meget medarbejdertid i både kommuner og regioner, direkte og indirekte, som i det store og hele ikke har ført til mere end at iværksætte få, tværgående initiativer og projekter baseret på de nationalt afsatte opstartsmidler.
- **Repræsentation:** Overrepræsentation af ledere med overordnet, strategisk fokus og underrepræsentation af driftsnær, operationel kompetence. Dette kompenseres der for ved etablering af supplerende, underliggende fora, som samtidig øger den organisatorisk kompleksitet, og det ovenfor nævnte bureaukrati.
- **Svære vilkår for beslutninger:** Manglende handlekraft og mulighed for at træffe væsentlige forpligtende beslutninger på tværs af aktørerne, herunder også svære muligheder for at forpligte økonomi (udover de nationalt afsatte opstartsmidler). Det kan diskuteres, hvorvidt dette retteligt bør beskrives som en udfordring i sundhedsklyngekonstruktionen, eller om det er direkte knyttet til de øvrige strukturelle rammer for de regionale og kommunale sektorer, når det kommer til beslutnings- og handlemandater. Ikke desto mindre beskrives det af mange som en af hovedudfordringerne i sundhedsklyngesamarbejdet.

Disse barrierer udfoldes yderligere på de kommende sider.

Figur 2.6. Nødvendige forudsætninger: Svarfordeling på "Vurderer du, at sundhedsklyngen i sin nuværende konstruktion har de nødvendige forudsætninger for at indfri sit formål om at skabe bedre sammenhæng i behandlings-, rehabiliterings-, forebyggelses- og plejetilbud?"



Note: Yderligere data om temaet "tidsforbrug" findes i bilag 3.

Står tidsforbruget mål med værdiskabelsen?

Et gennemgående tema i interviewprogrammet har været en oplevelse af et omfattende tidsforbrug og betydeligt bureaukrati i og omkring sundhedsklyngerne.

I spørgeskemaet blev deltagerne på fagligt/strategisk niveau spurgt til, om tidsforbruget i sundhedsklyngerne står mål med værdiskabelsen (jf. figurer neden for). Resultaterne her er relativt negative:

- Samlet set, på både det somatiske og psykiatriske område svarer kun 25 pct. positivt ("i høj grad" eller "i meget høj grad"), mens 40-45 pct. svarer negativt ("i lav grad" eller "i meget lav grad"), på at tidsforbruget står mål med værdiskabelsen
- 37 pct. af de regionale deltagere svarer "i meget lav grad" til, at tidsforbruget står mål med værdiskabelse for det psykiatriske område, og yderligere 19 pct. svarer "i lav grad"
- Kun 15 pct. af de kommunale deltagere svarer positivt på, om tidsforbruget står mål med værdiskabelsen på det somatiske område.

De generelt set negative svar i spørgeskemaet flugter endvidere med det generelle indtryk fra interviewprogrammet. Her er dét, der især adskiller respondenterne ikke primært et spørgsmål om, at tidsforbruget indtil videre har stået mål med værdiskabelsen (hvilket meget få vurderer, at det har), men varierende grader af optimisme ved, at det på et tidspunkt viser sig at blive den tidsmæssige investering værd.

De væsentligste årsager, der bliver fremhævet i både spørgeskemakommentarer og interviewprogrammet til, at tidsforbruget i begrænset omfang står mål med værdiskabelser, er beskrevet til højre.

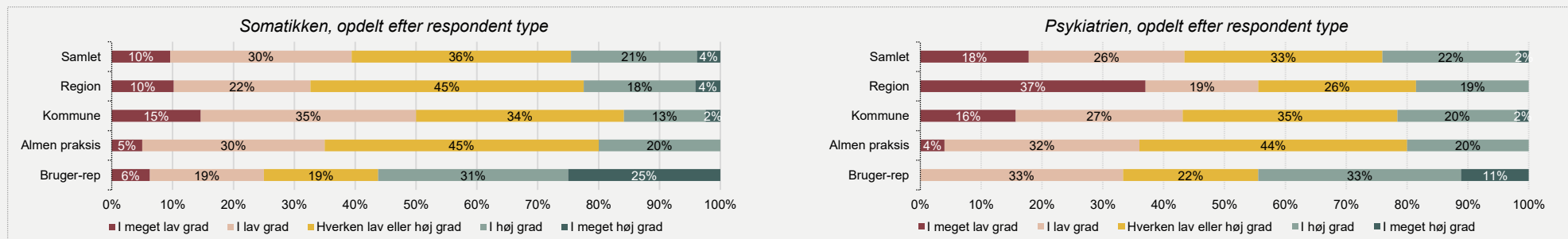
Hvad driver tidsforbruget...?

Opstart: Klyngerne er ikke nået langt, og der har – helt naturligt – været en "opstartsperiode", hvor forummet skulle finde sin form, relationer skulle dannes, m.v. Som element heri, italesætter en del respondenter også, at der i opstartsfasen er gået meget tid med at udmønte de nationalt afsatte klyngemidler i projekter, og at klynger har haft en tendens til at blive projektstyregrupper. Projekterne/initiativerne vurderes af de fleste som relevante nok i sig selv, om end der samtidig er bred enighed om, at det næppe er dem, der for alvor skaber de nødvendige forandringer i det tværsektorielle samarbejde. Flere svarer desuden, at de fleste initiativer fint kunne etableres parterne imellem uden sundhedsklyngekonstruktionen.

Bureaukrati og organisatorisk kompleksitet: En del respondenter fremhæver, at der går meget tid med mere overordnede sundhedsstrategiske orienteringer og drøftelser, og tilsvarende mindre tid på drifts- og borger-/patientnære spørgsmål, som relaterer sig til at løse udfordringer. Af samme grund har flere fremhævet behovet for mere driftsnære grupper/fora under det faglige/strategiske niveau. Disse grupper/fora giver det mere operationelle forum som efterspørges, men giver samtidig også endnu et "lag" i sundhedsklyngens arbejde med dertilhørende organisatorisk kompleksitet, bureaukrati og tidsforbrug.

Det er i den forbindelse værd at bemærke, at der mange steder er etableret 5 niveauer/lag (sundhedssamarbejdsudvalg, politisk sundhedsklynge, direktørforum, chefforum og operationelle grupper). Dette samtidig med, at man flere steder samtidig har fastholdt øvrige lignende tværsektorielle fora, som var etableret forud for de nuværende klynger (fx strategisk sundhedsforum og sundhedspolitisk samling i Region Nordjylland) med deltagelse af mange af de samme repræsentanter, som også deltager i klyngeregion.

Figur 2.7. Tidsforbrug: Svarfordeling på "Vurderer du at det samlede tidsforbrug som investeres i sundhedsklyngerne står mål med den værdiskabelse, som de tilfører?"



Note: Yderligere data om temaet "tidsforbrug" findes i bilag 4.

Tidsforbrug (2 af 2)

I forlængelse heraf er der, jf. nedenstående figurer, relativt udbredt enighed om, at de nuværende sundhedsklynger ikke har forenklet den tværsektorielle samarbejdsstruktur ift. tidligere samarbejdsstrukturer. Dette på trods af, at netop det var én af intentionerne med sundhedsklyngerne, jf. bemærkningerne til lovforslaget.

Nedenstående figur viser resultaterne fsva. den politiske samarbejdsstruktur, som er illustrativ for den samlede mængde besvarelser. I bilag 4 findes tilsvarende figur med resultater for det tværsektorielle samarbejde på fagligt/strategisk niveau.

Nogle af respondenter i interviewprogrammet stiller i sammenhæng med den organisatoriske kompleksitet i og omkring sundhedsklyngerne spørgsmål ved behovet for deltagelse af direktørniveauet, i en konstruktion, som de vurderer, der alligevel ikke kan trække af på forpligtigende beslutninger om fx ressource- og opgavefordelinger. Repræsentationen som tema behandles yderligere på de følgende sider.

Politisering: Det har været et gennemgående tema i interviewprogrammet, at en del respondenter oplever, at sundhedsklyngerne er blevet "politiseret". Dette forstået på i hvert fald to måder:

- Der bruges meget tid på tværs af administrative niveauer på dagsordensfastsættelse og forberedelse af det politiske niveau (eller politiske niveauer, hvis sundhedssamarbejdsudvalget tænkes med). Mens nogle italesætter den politiske forankring af klyngernes arbejde som nødvendigt og givende, beskriver hovedparten af respondenterne involveringen af det politiske niveau primært som en ekstra administrativ opgave, som ikke tilfører yderligere værdi til den tværsektorielle sammenhæng end det, der skabes gennem de administrative niveaues samarbejde.

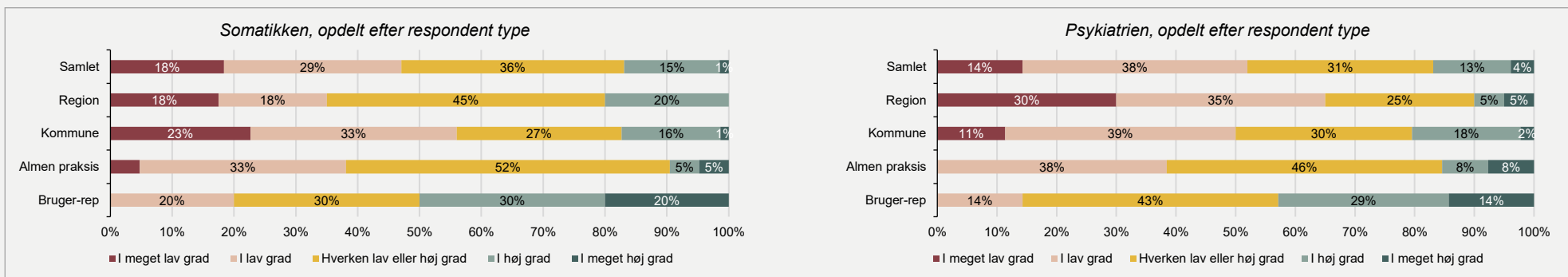


Vi bruger meget energi på at diskutere, hvad borgmestrene skal involveres i. Generelt passer vi meget på dem og venter på, der kommer en god historie, vi kan spænde dem foran.

- Kommunal deltager i sundhedsklynge

- Det øverste administrative niveau i sundhedsklyngerne har en tendens til at "opføre sig" som et politisk niveau. Dvs. de bliver primært modtagere af orienteringer og drøfter sundhedsstrategisk/-politisk retning på et meget overordnet niveau. Denne tendens har været italesat på både direktør- og chefniveau, om end den er mest udtalt på chefniveau (og blandt repræsentanter fra almen praksis). Der er imidlertid ingen relevant forskel på de kommunale direktørers og chefers vurdering af, om tidsforbruget står mål med værdiskabelsen (data ikke vist her).

Figur 2.8. Samarbejdsstruktur: Svarfordeling på "Vurderer du, at den tværsektorielle politiske samarbejdsstruktur er blevet forenklet med sundhedssamarbejdsudvalg?"



Repræsentationen af aktører vurderes generelt set mere relevant på det somatiske område end det psykiatriske område

Baseret på svarene i spørgeskemaet og dialogerne med de mange forskellige interviewdeltagere er det tydeligt, at der på tværs af landet og sektorerne kontinuerligt har været og fortsat er dialog om, hvordan den optimale deltagerrepræsentation i de forskellige fora i regi af sundhedsklyngerne ser ud. Det betyder også, at svarene på spørgsmålene i spørgeskemaer, om der er en relevant repræsentation af aktører i sundhedsklyngerne, er relevant at se nærmere på.

I spørgeskemaet er respondenterne således blevet spurgt til deres vurdering af repræsentation på hhv. politisk og fagligt/strategisk niveau (se skema neden for). Her er særligt følgende nedslag væsentlige:

- På det fagligt/strategisk niveau er der generelt set positive vurderinger af relevansen af repræsentationen for det somatiske område, med et gennemsnit på 3,74. Konkret svarer 70 pct. svarer "i høj grad" eller "i meget høj grad" – se bilag 5.
- På det psykiatriske område er der generelt set en mindre positiv vurdering af repræsentationen på fagligt/strategisk niveau med et gennemsnit på 3,49 (svarende til at ca. 58 pct. svarer "i høj grad" eller "i meget høj grad". Der er endvidere en tendens til, at særligt de kommunale deltagere og repræsentanterne for almen praksis vurderer repræsentationen mindre relevant for psykiatrien end for somatikken.
- Mens der er en ensartet vurdering af relevansen af repræsentationen på fagligt/strategisk niveau på tværs af de regionale og kommunale deltagere, vurderer de kommunale deltagere relevansen af repræsentationen på politisk niveau væsentligt lavere end de regionale deltagere for både somatikken og psykiatrien.

De væsentligste forbehold vedrørende repræsentation, som er fremhævet i interviews, knytter sig til.

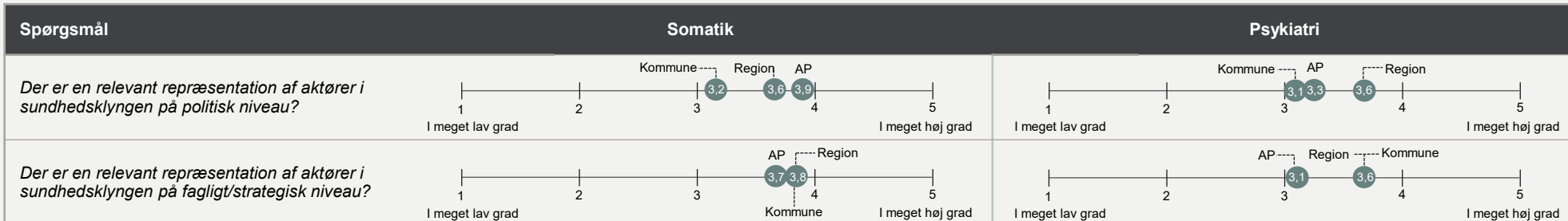
Borgmestrene: Flere fremhæver borgmestrenes vigende interesse i og indsigt i sundhedsområdet som en væsentlig udfordring. Flere fremhæver endvidere, at en del borgmestre selv vurderer slet ikke at "høre til" i det forum. Det forklarer sandsynligvis også de kommunale deltageres lave vurdering af relevansen af repræsentationen på politisk niveau (set i forhold til de regionale deltagere).

Med det afsæt efterspørger flere, at udvalgsformændene erstatter borgmestrene i sundhedsklyngerne, eller at de som minimum bringes tættere på. Der er dog ikke entydig enighed blandt respondenterne, om hvilken rolle borgmestrene skal spille i sundhedsklyngerne. Flere udtrykker fortsat en vis tiltro til, at de over tid vil kunne bidrage til at skabe større interesse og indsigt i sundhedsområdet blandt borgmestrene. Det er dog også her en væsentlig observation, at flere respondenter som oprindeligt støttede idéen om at få borgmestrene med ind i sundhedsklyngerne efter udsagn er: "ved at miste tålmodigheden".

Overrepræsentation af "strategiske" kompetencer: Flere respondenter vurderer, at sundhedsklyngerne i for høj grad er bemandet af "strategisk" kompetencer med en tilsvarende underrepræsentation af faglig og driftsnær indsigt. Den vurdering skal ses i sammenhæng med det tidligere nævnte forhold, at der i alle (eller stort set alle) sundhedsklynger er lavet supplerende operationelle fora som supplement til og kompensation for at sundhedsklyngerne i øvrigt er bemandet af de højeste administrative niveauer.

Figur 2.9. Svarfordeling på "Vurderer du at..."

Figuren angiver et gennemsnit af respondenternes svar på en skala fra 1-5, hvor 1 er "i meget lav grad" og 5 er "i meget høj grad". Et lavt gennemsnit ville altså afspejle, at respondenterne i lav grad vurderer, at der er en relevant repræsentation af aktører i sundhedsklyngen, hvorimod et højt gennemsnit vil afspejle, at mange respondenter vurderer i høj grad.



Note: Yderligere data om temaet "repræsentation" findes i bilag 5

Repræsentation (2 af 3)

Praktiserende læger: Mange respondenter fremhæver både vigtigheden af og udfordringerne forbundet med at have de praktiserende læger med i klyngekonstruktionen.

På den positive side fremhæver flere respondenter, at repræsentanterne fra almen praksis er – på et meget kompetent niveau – operationelt orienteret og gode til at bringe praksisnære udfordringer ind i et ellers meget strategisk rum samt tænke i operationelle løsningsmuligheder. Den almen medicinske kompetence er i sig selv vigtig at have repræsenteret, og det påpeges også fra flere, at det i den nuværende struktur er helt nødvendigt, at almen praksis som funktion er med til at udpege forbedringsområder og formulere løsninger, der kan implementeres i praksis.

Udfordringerne (som de italesættes fra regionalt og kommunalt perspektiv), på den anden side, knytter sig først og fremmest til det forhold, at de deltagende læger på grund af den nuværende konstruktion og struktur vanskeligt kan repræsentere og dermed heller ikke forpligtige de øvrige praktiserende læger inden for sundhedsklyngens område på de aftaler, der indgås.

Samtidig fremhæver flere, at de praktiserende læger oftest har vanskeligt ved at frigøre tid til at bidrage til arbejdet mellem møderne, og der savnes derfor en repræsentation fra og fælles organisering af klyngens almen praksisser, der kan bidrage med udviklingskraft i de initiativer, som igangsættes.

Det bidrager til en samlet oplevelse af, at mens de praktiserende læger vurderes at bidrage kompetent til drøftelserne, er deres rammevilkår og organisatoriske forudsætninger for at indgå i et klyngesamarbejde med både regioner, sygehuse og kommuner, der alle har entydige ledelsessystemer, administrative ressourcer og stabe.

Dette er fint illustreret af en deltager i sundhedsklyngesamarbejdet fra et sygehus:

"Det er enormt personbåret, og de praktiserende læger er individuelt relevante, men det er ingen struktur."



De praktiserende læger er rigtig gode til at bringe hverdagsproblemer for rigtige patienter frem. Det er virkelig værdifuldt. De er desværre også gode til at stikke en kæp i hjulet, hvis de ikke synes, noget er en god idé

- Deltager i sundhedsklynge



Almen praksis skal være med. De er indirekte lige så meget en del af systemet, selvom nogle omtaler dem som "selvstændige". Med ydernummer, finansiering osv. er de en del af det offentlige sundhedsvæsen.

- Deltager i sundhedsklynge

Kommunal repræsentation af aktører omkring borgere med psykiatriske

udfordringer: Flere respondenter har, på tværs af både regionale og kommunale deltagere, italesat vanskeligheden ved at repræsentere det samlede psykiatriske område i klyngesamarbejdet, fordi det dækker bredt over flere forvaltnings- og myndhedsområder. Det giver et vanskeligt dilemma med at få den nødvendige indsigt ind i sundhedsklyngen uden at gøre deltagerkredsen for omfattende.

Flere klynger forsøger at håndtere dette med ad hoc deltagere fra fx beskæftigelses- og familieområdet, men italesætter i samme ombæring udfordringer – herunder helt basale logistiske udfordringer - forbundet med denne type mere sporadisk deltagelse.

Prioritering af sundhedsklyngesamarbejdet: Én ting er, om de relevante aktører er repræsenteret i klyngesamarbejdet. En anden er, om de aktører, som er repræsenteret, prioriterer samarbejdet højt.

I spørgeskemaet er respondenterne spurgt til, hvorvidt de vurderer, at samarbejdet er højt prioriteret blandt deltagerne på hhv. politisk og fagligt/strategisk niveau. Data findes i bilag 5.

Mens der generelt er relativt positive vurderinger, er der samtidig en væsentlig gruppe af respondenter, som vurderer, at samarbejdet er for lavt prioriteret:

- Ca. 25 pct. vurderer, at samarbejdet på politisk niveau er for lavt prioriteret (for både det somatiske og psykiatriske område). Det knytter sig efter alt at dømme til det førnævnte tema om borgmestrene
- På fagligt/strategisk niveau er der omvendt kun ca. 3 pct., som vurderer, at samarbejdet er for lavt prioriteret på det somatiske område og 8 pct. det psykiatriske område.

Samlet set udpeges der således flere centrale udfordringer, hvor intentionerne med den fastlagte repræsentation ikke helt lader sig indfri i mødet med de forskellige virkeligheder rundt om i landet.

Det er nærliggende at overveje, om både lokale forhold som størrelse på enheder (fx både kommunerne og sygehuse) og deltagernes individuelle forudsætninger, kompetencer og præferencer har stor betydning for repræsentationens relevans og betydning for sundhedsklyngernes relevans.



Der er alt for meget subspecialisering i sygehusvæsenet, og der er en tendens til at ville brede denne subspecialisering ind i det kommunale terræn. Det er bare ikke den rigtige vej at gå, for kommunerne skal være generalister

- Kommunal deltager i sundhedsklynge

Fælles forståelse men svære vilkår for beslutninger (1 af 2)

Klyngerne bidrager til en bedre fælles forståelse på tværs af sektorerne

Sundhedsklyngekonstruktionen er tænkt til at bidrage til at skabe større tværsektoriel sammenhæng, som kan spænde over alt fra fælles forståelser og indsigter til muligheder for at lave forpligtende aftaler.

Respondenterne er i spørgeskemaet spurgt til i hvor høj sundhedsklyngekonstruktionen understøtter, at der (i) opnås fælles forståelse, (ii) ligeværdig dialog, (iii) forpligtelser på nye måder at arbejde på og (iv) forpligtelse af økonomi (se tabel neden for).

Svarene giver et billede af, hvad deltagerne oplever, klyngerne kan og ikke kan.

Fælles forståelse: Der er et flertal af respondenterne, der vurderer, at sundhedsklyngerne bidrager til at øge den gensidige forståelse, og dermed også bidrager til at skabe fælles forståelse af udfordringerne. Dette ser stort set ens ud, for så vidt angår somatik og psykiatri. En interessant, men beskeden forskel ses hos de regionale respondenter, der er mindre positive fsva. psykiatrien. En forskel, som interviewene belyser, i vid udstrækning er relateret til det geografiske 'mismatch' mellem klyngerne og den behandlingspsykiatriske organisering.

Det må ses som positivt for sundhedsklyngerne, at flertallet har denne vurdering, som dog bør ses i sammenhæng med flertallets vurdering af, at der er tale om en beskeden effekt i lyset af ressourceforbruget knyttet til klyngerne.

Det er naturligvis omvendt værd at bemærke, at næsten 40 pct. af respondenterne svarer "hverken lav eller høj grad" eller lavere for både somatikken og psykiatrien. Baseret på interviewdata har dette to forskellige baggrunde: i) andre og/eller tidligere fora har allerede skabt fælles forståelse parterne imellem, eller ii) der opleves ikke reel interesse fra "de andre" for egne udfordringer. Den sidste del, som er tydeligt problematisk, knytter sig til og er medvirkende til de udpegede udfordringer for partnerne med at gå ind i aftaler, der omfatter gensidige forpligtelser om at løse udfordringer, der ikke entydigt ligger i egen kontekst..

Beskeden vurdering af forpligtelsen til at arbejde på nye måder

Ligeværdig dialog: Ses der på forskellene i svarene på spørgsmålet om ligeværdig dialog, er der en enkelt afvigelse mellem sektorer, som er værd at bemærke, da indtrykket bekræftes på interview: De kommunale deltagere er en smule mere skeptiske, når det kommer til ligeværdighed, end de øvrige sektorer deltagere. En forklaring, der nævnes fra flere interviewrespondenter, er, at det er regionsrådsformanden, der sidder for bordenden og for de fleste klyngers vedkommende, fastlægger dagsordenen.

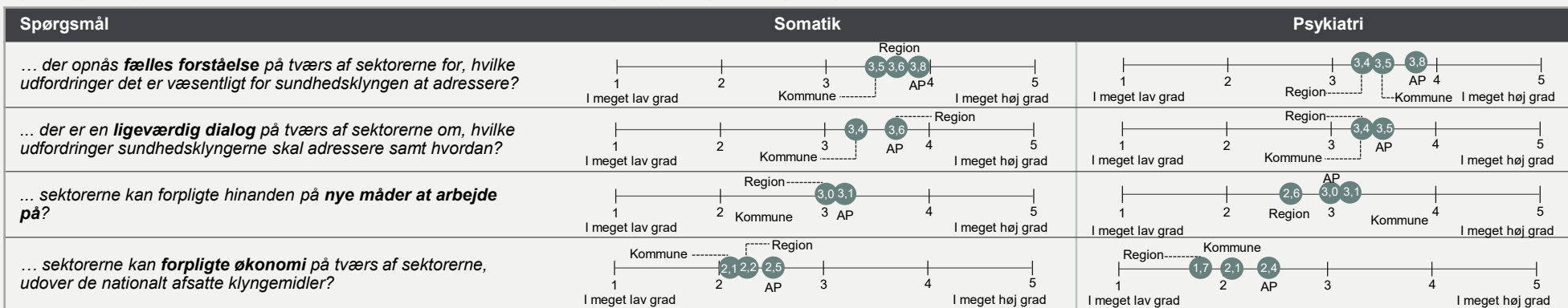
Forpligtige hinanden på nye måder at arbejde på: Svarene på dette spørgsmål er markant mindre positive i vurderingerne end for de to forrige. Generelt set udtrykkes der også fra interviewrespondenterne i beskeden omfang en vurdering af sundhedsklyngerne som understøttende for, at der i de enkelte sektorer kan forpligte sig til at ændre på den måde, opgaverne løses på.

Det bemærkes, at de regionale deltagere synes at være mere skeptiske i forhold til den gensidige forpligtelse inden for det psykiatriske område, end på det somatiske område og i forhold til de kommunale deltagere om det samme. Der er ikke i interview fundet eksplicite svar herpå, men det er nærliggende også her at skele til det geografiske "'mismatch'".

Det tegner sig et klart billede på tværs af spørgeskema og interview, at sundhedsklyngerne indtil videre primært har igangsat projekter og initiativer, der har kunnet gennemføres eller er under gennemførelse på siden af de eksisterende organisationer, og som derfor ikke i udpræget omfang har forudsat bred transformation og forandring ned i de respektive sektorer.

Figur 2.10. Svarfordeling på "Vurderer du, at sundhedsklyngekonstruktionen understøtter at..."

Figuren angiver et gennemsnit af respondenternes svar på en skala fra 1-5, hvor 1 er "i meget lav grad" og 5 er "i meget høj grad".



Note: Yderligere data om temaet "virkningsmekanismer" findes i bilag 6.

Fælles forståelse men svære vilkår for beslutninger (2 af 2)

Skepsis når det gælder bidraget til gensidig økonomisk forpligtelse

Forpligtige økonomi: Det er tydelige resultater, som spørgeskemaet giver, når det kommer til vurderingen af klyngekonstruktionen som understøttende for, at sektorerne kan forpligte hinanden økonomisk udover de afsatte fælles midler: En meget lav eller lav grad. Undtagelsen hertil er brugerrepræsentanterne, der har en lidt mere positiv vurdering.

Der er desuden en tendens til, at de kommunale deltagere er mere skeptiske end de regionale deltagere på det somatiske område, mens de regionale deltagere er mere skeptiske end den kommunale deltagere på det psykiatriske område.

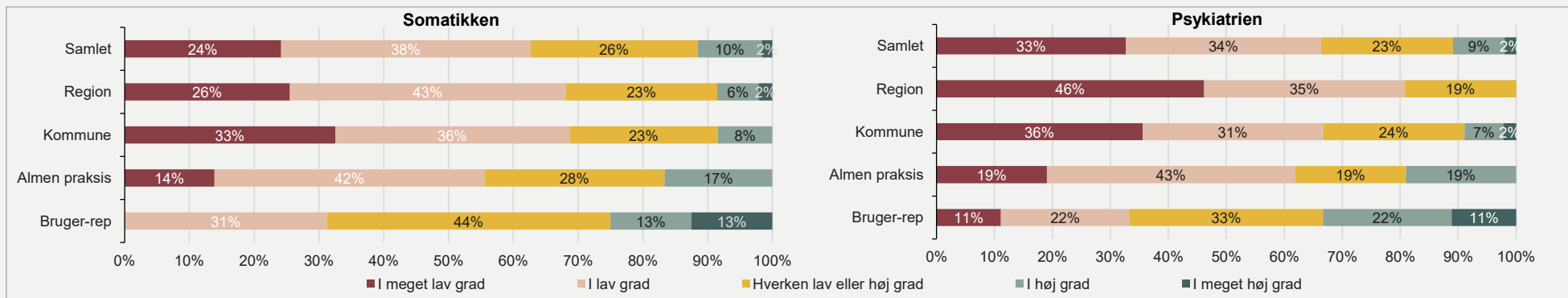
Der ses meget begrænset variation mellem regionerne i deltagernes vurderinger af sundhedsklyngernes muligheder for at forpligte økonomi, jf. nedenstående tabel.

Figur 2.11. Klyngedeltagernes vurdering af klyngernes mulighed for gensidig økonomisk forpligtelse fordelt på regioner



Det er i forlængelse heraf interessant, at der ikke er større sammenhæng mellem vurderingen inden for regionen af mulighederne for at forpligte økonomi og den samlede vurdering af, hvorvidt klyngerne har forudsætningerne for at indfri sine formål.

Figur 2.12. Forpligtende økonomi: Svarfordeling på "Vurderer du at sundhedsklyngekonstruktionen understøtter at sektorerne kan forpligte økonomi på tværs af sektorerne, udover de nationalt afsatte klyngemidler?"



Muligheder og behovet for at kunne forpligte økonomi har været et centralt tema i interviewprogrammet, herunder spørgsmålet om, hvorfor det vurderes at være så vanskeligt at forpligte økonomi i fora med en konstruktion, hvor de relevante beslutningstagere er repræsenteret.

Der peges især på tre grunde til udfordringer med gensidig økonomisk forpligtelse, der er tæt sammenhængende:

- Beslutningsprocesserne for den type beslutninger går igennem kommunalbestyrelserne og regionsrådet, der hver især selvstændigt skal godkende indstillinger og disponeringer af de respektive budgetter. Dertil kommer desuden de enkelte sektorer/arbejdspladser samarbejdsorganisationer osv. Det forudsætter i givet fald, at der på tværs af alle kommuner og regioner er truffet beslutning om reservering af budgetmidler til disponering i klyngen.
- Budgetterne er i forvejen disponeret – både rent driftsmæssigt og politisk i både kommuner og regioner. Der er således et ikke-eksisterende eller meget begrænset råderum at bringe i spil for især de kommunale deltagere.
- Mange af de initiativer, klyngerne gerne vil iværksætte, er underlagt det forhold, at investering og gevinst tilfalder forskellige sektorer. Et klassisk eksempel er investering i den kommunale indsats mhp. at forebygge sygehusindlæggelser. Når det forhold er tilstede, er tendensen at initiativerne strander ved drøftelserne af resourcefordeling. Denne udfordring er velkendt og er afdækket i mange tidligere sammenhænge, og den er genbekræftet i denne afdækning.

Klyngedeltagernes vurdering af sundhedsklyngernes potentiale

Deltagerne på fagligt/strategisk niveau er i spørgeskemaet spurgt, til om de vurderer, at sundhedsklyngerne kan indfri en række af sundhedsklyngernes formål, som de er beskrevet i bekendtgørelsen. Spørgsmålsformuleringerne og svarfordelingerne for alle besvarelser for hhv. det somatiske og psykiatriske område fremgår neden for. I bilag 2 fremgår svarfordelingerne for deltagerne for hhv. regioner, kommuner, almen praksis og brugerrepræsentanter.

Der ses flere interessante sammenhænge i svarene:

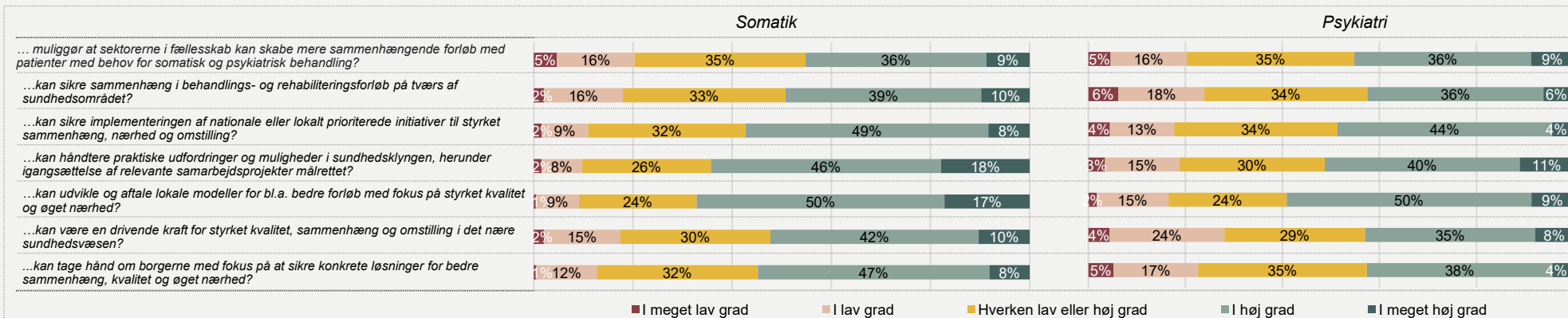
- Der er besvarelser over hele spektret, om end de fleste besvarelser er i kategorierne "hverken lav eller høj grad" og "i høj grad". Samlet set er besvarelserne hverken entydigt negative eller entydigt (meget) positive, om end der er en generel tendens til, at svarene læner sig mod det positive. Fra kommentarerne i spørgeskemaet og fra interviews er det tydeligt, at disse resultater skal tolkes i lyset af, at mens der opleves at være mange aktuelle udfordringer i den nuværende konstruktion (hvilket uddybes på de næste sider), er det for de fleste svært at se for sig, at sundhedsvæsenet (med de nuværende strukturer) kan fungere uden et klyngesamarbejde i en eller anden form. Det er derfor tolkningen, at mange har svaret relativt positivt på nedenstående spørgsmål, fordi de vurderer, at klyngekonstruktionen er sat i værk for at løse centrale sammenhængsudfordringer, og samtidig i det lys indeholder et uforløst potentiale, hvis konstruktionen videreudvikles.
- Der er relativt ensartede besvarelser på tværs af de angivne formål. Der er således ikke væsensforskelle i vurderingerne af sundhedsklyngernes muligheder for at indfri de forskellige formål, som de er sat i verden for indfri.

- Inden for rammen af ovenstående er der dog noget, som tyder på, at de to spørgsmål, der svares mest positivt på, er "håndtering af praktiske udfordringer" og "udvikle og aftale lokale modeller". Her svarer ca. 2/3 enten "i høj grad" eller "i meget høj grad" på det somatiske område, mens ca. 50-60 pct. svarer tilsvarende for det psykiatriske område.
- Omvendt er der mindre optimisme fsva. angår de to spørgsmål om sammenhæng på tværs sundhedsområdet. Her svarer under 50 pct. "i høj grad" eller "i meget høj grad" for både somatikken og psykiatrien.
- Der er nogen men ikke meget variation på tværs af regionerne, mens der er mere udtalt variation på tværs af de enkelte sundhedsklynger. Se bilag 2. Der er en vis usikkerhed forbundet med nogle af sundhedsklyngernes svar, da der er relativt få respondenter fra disse, men der er alligevel en tydelig variation (også på tværs af spørgsmålene) henover de enkelte sundhedsklynger.

Det samlede billede fra spørgeskemaet er, at en mindre del af deltagere i sundhedsklyngerne er skeptiske over for sundhedsklyngernes mulighed for at indfri sine formål (svarende til ca. 10-20 pct. for somatikken og ca. 17-25 pct. for psykiatrien), mens betydeligt flere deltagere er optimistiske (svarende til ca. 45-65 pct. for somatikken og ca. 50-60 pct. for psykiatrien).

Det er samtidig tydeligt fra både spørgeskemakommentarer og interviewprogrammet, at disse resultater skal ses som udtryk for sundhedsklyngernes potentiale, hvis der bliver ændret på rammerne for dem. Som de foregående sider illustrerer, er der en væsentlig større grad af skepsis over for sundhedsklyngerne i den nuværende konstruktion.

Figur 2.13. Svarfordeling på "Vurderer du, at sundhedsklyngerne...?"



Note: "Ved ikke"-svar er ekskluderet, mhp. at gøre sammenligninger af andel "positive" ("i høj grad" og "i meget høj grad") og "negative" ("i lav grad" og "i meget lav grad") svar på tværs af spørgsmål lettere. Det gælder også på datafremstillingerne på de kommende sider. Yderligere data om temaet "klyngedeltagernes vurdering af sundhedsklyngernes potentiale" findes i bilag 2.

Perspektiver for sundhedsklyngerne

I dette afsnit giver Implement en samlet vurdering af de mange forskellige resultater og perspektiver, der er tilvejebragt gennem spørgeskemaer og interviews.

Sundhedsklyngerne som en del af den eksisterende struktur?

- Det er som udgangspunkt ikke muligt at vurdere sundhedsklyngernes relevans uafhængigt af de strukturelle grundvilkår, som sundhedsklyngerne er skabt indenfor.
- En del af de udfordringer, som italesættes som udfordringer i og for sundhedsklyngerne, handler om grundlæggende strukturelle vilkår vedr. de fastlagte økonomiske rammer og incitamentsstrukturer samt de lovfastede beslutnings- og bevillingsstrukturer, der aktuelt er gældende for kommuner, regioner og almen praksis. Sidstnævntes forudsætninger for at indgå i et forpligtende samarbejde er derudover udfordret af, at der ikke har en hhv. politisk, ledelsesmæssig eller administrativ organisation, der modsvarer de øvrige.
- Det er en præmis, at sundhedsklyngerne ikke har et selvstændigt mandat. Skal der træffes gensidigt bindende beslutninger, skal det derfor (også) individuelt besluttes af de respektive parter. Det er i den sammenhæng en yderligere udfordring, at der for almen praksis hverken på nationalt eller lokalt plan er en operationel måde for almen praksis at træffe fælles bindende beslutninger. Samlet set begrænser de manglende muligheder for at træffe gensidigt bindende beslutninger i væsentlig grad sundhedsklyngernes handlekraft.
- Vurderingen er dermed også, at sundhedsklyngerne som kompenserende løsning for og i den eksisterende struktur ikke er effektiv. Det skyldes ikke mindst sundhedsklyngernes svage evne til at understøtte og fremme omstilling, løsningsimplementering og gevinstrealisering samtidig med, at der er betydelige administrative omkostninger forbundet med driften af sundhedsklyngerne.
- De positive perspektiver, der fra nogle gives udtryk for om sundhedsklyngerne, vurderes ikke at være tilstrækkelige til at nuancere den samlede vurdering. Det skyldes i særlig grad, at der især peges på bidraget til at skabe gensidig forståelse på tværs af strukturerne, at møderne i regi af sundhedsklyngerne skaber dialog og understøtter løsningen af specifikke udfordringer for enkelte borgere. Sidstnævnte særligt steder, hvor det personlige kendskab i forvejen er godt.



Vi skal jo selvfølgelig samarbejde. Men sundhedsklyngen er en dysfunktionel måde at lappe på en dysfunktionel konstruktion

- Regional deltager i sundhedsklynge

Sundhedsklyngerne som en del af fremtidens sundhedsvæsen?

- Skal man alligevel vove sig ud i at vurdere sundhedsklyngernes relevans i den nuværende form som en del af et sundhedsvæsen med en helt anden struktur, bør man formentlig opstille antagelser om, hvad der i nødvendigvis bør være anderledes i en ny struktur, hvis sundhedsklyngerne skal være et relevant og værdiskabende element i en sådan.
- Tages der udgangspunkt i de identificerede problemstillinger i den eksisterende struktur, kan man antage, at sundhedsklyngerne kan være en relevant konstruktion, hvis der ikke samtidig er parallelsystemer (aktuelt kommuner og regioner) med separate lovgivninger og fastlagte beslutningsstrukturer og selvstændige politiske ophæng. Som alternativ kan opgaverne relateret til sundhedsopgaven samles under en ny myndighed (fx benævnt sundhedsklynger), som ikke har (betydelige) overlappende opgaveporteføljer med fx kommunerne.
- Omfanget af snitflader til øvrige myndigheder og lovgivninger bør være et afgørende perspektiv for fastlæggelsen af opgaveporteføljen. Her synes det somatiske område umiddelbart mere tilgængeligt for en enhedsorganisering, mens det psykiatriske (inkl. det 'socialpsykiatriske') område ikke meningsfuldt kan samles uden, at omfanget af u hensigtsmæssige nye snitflader vil stige betydeligt.
- Af øvrige forudsætninger for, at sundhedsklyngerne kan være et eller ligefrem det centrale element i en fremtidig struktur, er, at det skal kunne fremme løsningen af de store udfordringer, som udover de demografisk drevne vedbliver med at være mangel på sammenhæng med tab af kvalitet, værdi og effektivitet som konsekvens. Det omfatter en omstilling af måden, vi leverer sundhed på – så stadigt mindre foregår i en traditionel sygehuskontekst, og i stedet leveres på helt andre måder. Det betyder også, at udviklingen af sundhedsvæsenet ikke kan eller bør ske med afsæt i de stærke incitament og rationaler i sygehusvæsenet, der har ført til den nuværende konstruktion.
- Med det som afsæt bør en sundhedsklynge (eller andet navn) med et mere samlet ansvar for sundhedsopgaverne end i dag konstrueres, så den fremmer den nødvendige udvikling af borgernære sundhedsindsatser med begrænsning af omkostningsineffektive og institutionelle greb (indlæggelser mv.). Der er derfor behov for at have et afsæt i, at den primære og vigtigste sundhedsindsats foregår i borgernes egne hjem – både sundhedsfagligt, ledelses- og styringsmæssigt – og kun sekundært og undtagelsesvis leveres på eller fra et sygehus, som vi kender dem i dag.
- Et særligt blik bør desuden være på sammenhængen og synergiene mellem det sygehussomatiske og behandlingspsykiatriske område, hvor der aktuelt ikke er geografisk sammenhængende logik med de aktuelle sundhedsklynger, der tager afsæt i de somatiske akutsygehuses geografiske placering.

Kapitel 3

Sektorkrydsende indsatser

Introduktion til analyse af sektorkrydsende indsatser

Vidensgrundlag

Som en del af analysen er der gennemført en indsamling af viden om sektorkrydsende indsatser, der er etableret inden for de seneste fem år hos sygehuse (både somatiske og psykiatriske), kommuner og almen praksis. Data omhandlende de to førstnævnte er indsamlet gennem et spørgeskema, som er udsendt til landets hospitalsenheder, regioner og kommuner angående sektorkrydsende indsatser etableret af henholdsvis sygehussomatikken, behandlingspsykiatrien og det kommunale sundhedsområde.

For sygehussomatikken og behandlingspsykiatrien har spørgeskemaet været opdelt i fire dele, hvor hver del har spurgt ind til sektorkrydsende indsatser inden for en af de fire typer af funktioner beskrevet øverst til højre.

Kommunerne er foruden spørgsmål til koordinerede og brobyggende samt fælles funktioner blevet spurgt ind til "særlige funktioner" (fx specialistfunktioner, tværfaglige teams, m.v.) samt formaliserede aftaler med sygehuse og/eller almen praksis. Endelig har der i alle spørgeskemaer været spørgsmål til oplevede udfordringer i samarbejdet med de øvrige aktører knyttet til variation i hhv. kommuner, almen praksis og sygehuse.

Som supplement til besvarelserne fra sygehussomatikken og behandlingspsykiatrien er de angivne indsatser inden for hver af de fire funktioner blevet kategoriseret af Implement efter funktionernes formål. Her er listen til højre fremkommet induktivt ud fra en gennemlæsning af alle de angivne funktioner, hvorefter hver funktion er kategoriseret efter ét eller to primære formål, funktionen retter sig mod. Herudover har Implement vurderet – med afsæt i beskrivelserne af funktionerne samt de udækkede behov oprettelsen eller udvidelsen af funktionerne var et svar på – om funktionerne er strukturkompenserende og/eller om de er et udtryk for en videreudvikling af måden at levere sektorspecifikke/sektorafgrænsede indsatser på. Implement har lagt definitionen beskrevet nederst til højre til grund for kategoriseringen.

Der er gennem analysen fremhævet en række cases som vurderes at være illustrative for nogle af de væsentligste strukturelle udfordringer. Casene er ikke tænkt som en samling af "best practice", men snarere eksempler som illustrerer de sektorkrydsende udfordringer aktørerne oplever og - hver især eller i fællesskab – forsøger at svare på inden for de gældende strukturelle vilkår.

Omfang af og udvikling i sektorkrydsende indsatser i almen praksis er søgt belyst gennem datatræk for 8 udvalgte udgående og rådgivende funktioner i almen praksis. Data er baseret på ydelsesregistret, og datatrækket er gennemført af Sundhedsdatastyrelsen.

De kommende sider er bygget op efter følgende struktur: (i) Sygehussomatikken, (ii) behandlingspsykiatri, (iii) kommuner, (iv) almen praksis og (v) variation.

Definitioner

Fire funktioner

- **Udkørende:** Patientnære funktioner, som løses af sygehusansat/regionalt personale uden for (sygehus)matriklerne.
- **Rådgivende:** Særlige funktioner og/eller specifikke aftaler, hvor sygehusansat personale yder rådgivning til enten kommunalt ansat personale eller personale i almen praksis om patientrelaterede opgaver.
- **Koordinerende og brobyggende:** Funktioner rettet mod at skabe sammenhæng i patientforløbene på tværs af de forskellige sektors indsatser.
- **Fælles:** Funktioner, som enten har fælles ledelse, fælles organisatorisk forankring, fælles finansiering og/eller samlokalisering.

Seks formål

- **Undgå indlæggelse:** Indsatser, som har til formål at undgå indlæggelser af borgere og således forebygge eller varetage deres behandlingsbehov i primærsektor.
- **Udredning:** Indsatser, som assisterer kommuner og almen praksis med udredning af borgeres sygdomsbillede.
- **Styrke samarbejde:** Indsatser, som styrker samarbejdet mellem sygehuse og kommunerne og/eller almen praksis.
- **Kontinuitet og sammenhæng:** Indsatser, som skal bidrage til at skabe sammenhæng i patientforløb på tværs af sektorer.
- **Kompetenceunderstøttende:** Indsatser, som er med til at kompetenceopbygge og styrke aktører i primærsektor.
- **Behandling i eget hjem:** Indsatser, som sygehuse leverer uden for sygehuset, fx i borgerens eget hjem.

To typer af overordnet motivation

- **Strukturkompenserende:** Indsatser, som anden sektor formelt burde løse, men ikke får løst på egen hånd tilstrækkeligt. Her er ansvaret enten entydigt placeret i anden sektor eller er uklart.
- **Videreudvikling af sektorspecifikke indsatser:** Indsatser, hvor ansvaret er entydigt placeret i pågældende sektor, og indsatsen leveres på en ny måde.
- **Både strukturkompenserende og videreudvikling af sektorspecifikke indsatser:** Indsatserne er både strukturkompenserende og udviklende.

Indmeldte og indsamlede data om funktioner og indsatser

Nedenstående tabeller viser datagrundlaget for kortlægningen af sektorkrydsende indsatser iværksat eller drastisk udvidet over de seneste fem år. Inden for sygehussomatikken har 14 ud af 21 hospitalsenheder besvaret spørgeskemaet, og kun Region Sjælland er ikke repræsenteret. Tre ud af fem regioner har besvaret spørgeskemaet omhandlende behandlingspsykiatrien, mens 63 ud af 98 kommuner har bidraget til undersøgelsen.

Tabel 3.1. Indmeldte, unikke indsatser i sygehussomatikken

Funktioner	Antal	Andel
Udgående funktioner	35	34%
Rådgivende funktioner	26	25%
Brobyggende funktioner	25	24%
Fælles funktioner	17	17%
<i>Heraf samarbejde med kommuner</i>	13	
<i>Heraf samarbejde med almen praksis</i>	4	
I alt	103	100%

Note: Baseret på besvarelser fra 14 ud af 21 hospitalsenheder, fordelt på 4 regioner. Ingen sygehuse i Region Sjælland har valgt at besvare spørgeskemaet.

Tabel 3.2. Indmeldte, unikke indsatser i kommunerne

Funktioner og aftaler	Antal	Andel
Særlige funktioner	186	44%
Brobyggende funktioner	98	23%
Formaliserede aftaler	92	22%
Fælles funktioner	50	12%
<i>Heraf samarbejde med sygehuse</i>	38	
<i>Heraf samarbejde med almen praksis</i>	12	
I alt	426	100%

Note: Baseret på besvarelser fra 63 ud af 98 kommuner, fordelt på alle 5 regioner. 56 af 63 kommuner har besvaret spørgeskemaet fuldstændigt, mens 7 kommuner har bidraget med delvise besvarelser.

Tabel 3.3. Indmeldte, unikke indsatser i behandlingspsykiatrien

Funktioner	Antal	Andel
Udgående funktioner	22	48%
Rådgivende funktioner	5	11%
Brobyggende funktioner	9	20%
Fælles funktioner	10	22%
<i>Heraf samarbejde med kommuner</i>	9	
<i>Heraf samarbejde med almen praksis</i>	1	
I alt	46	100%

Note: Baseret på besvarelser fra 3 ud af 5 regioner: Region Syddanmark, Region Hovedstaden og Region Midtjylland.

Tabel 3.4. Fordeling af udvalgte sektorkrydsende ydelser i almen praksis

Antal sektorkrydsende ydelser i almen praksis	2022	2023*
Opsøgende hjemmebesøg	42.760	41.260
Sundhedstjek på borgere på botilbud	4.309	4.006
Lægefaglig vurdering af patienter på kommunal akutfunktion	57.877	70.056
E-konsultation med kommunal akutfunktion	797.731	871.497
Socialmedicinsk telefonkonsultation	41.925	30.691
Møder på den sikredes arbejdsplads - pr. påbegyndt modul	4.209	4.352
Konsulterende samtale (tillæg til børneundersøgelse)	961	1.590
Fokuseret somatisk undersøgelse	5.826	7.185
I alt	955.598	1.030.637

Note: Baseret på data fra Sygesikringsregisteret (SSR) pr. 14. december 2023, Sundhedsdatastyrelsen. Antal ydelser er baseret på data for hhv. 1.767 og 1.705 ydernumre i 2022 og 2023.

*Da antallet af ydelser ikke var opgjort for 4. kvartal 2023 ved denne analyses færdiggørelse, er antallet af ydelser i 2023 opskrevet til helårstal pba. af de tre første kvartaler i 2023.

Udgående funktioner

På de somatiske sygehuse er der inden for de seneste fem år oprettet eller væsentligt udvidet flest sektor krydsende indsatser, der kan karakteriseres som udgående funktion. Rådgivende og brobyggende funktioner følger efter med lige stor andele, mens færrest af indsatserne har haft en fælles funktion med kommuner eller almen praksis.

De **udgående funktioner** fra sygehuse dækker over indsatser, hvor sygehusansat personale leverer indsatser uden for sygehusematriklerne. Dette kan omfatte besøg af læger, sygeplejersker, fysioterapeuter og andre sundhedsprofessionelle, der blandt andet leverer palliativ behandling, indsatser og opfølgning til nyfødte og spædbørn, særlige indsatser relateret til diabetes, neurologi, geriatri samt præhospitale indsatser, der rækker videre end stabilisering og transport til sygehus men i stedet har som primært formål at afslutte indsatsen på stedet. Se casebeskrivelse på næste side for et illustrativt eksempel på sidstnævnte.

En væsentlig del af de udkørende funktioner er orienteret mod at forebygge behovet for (yderligere) sygehuskontakter, herunder eksplicit medvirke til at undgå unødvendige indlæggelser ved at stille relevant kompetence og udstyr til rådighed uden for sygematriklerne, så patienter ikke indlægges med tilstande som kunne være afsluttet i eget hjem/nærmiljø.

Enkelte af de udkørende funktioner har også karakter af at være kompetence-understøttende. Her kan som et konkret eksempel nævnes undervisningstilbud, hvor sygeplejersker fra ambulatoriet tager ud på de kommunale skoler og underviser i håndtering af børn med diabetes.

Rådgivende funktioner

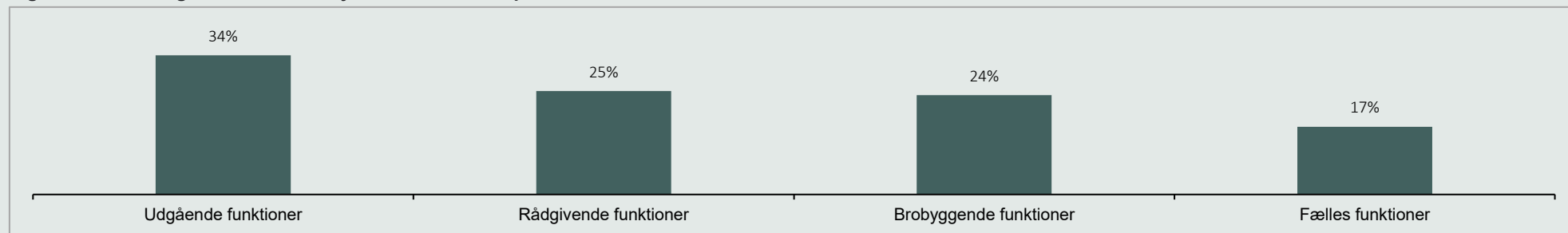
De **rådgivende funktioner** har primært til formål at levere kompetenceunderstøttelse til praktiserende læger og kommunalt sundhedspersonale gennem specialistrådgivning, så de bedre kan håndtere forskellige udfordringer og selve patientforløbene. Herigennem understøtter indsatserne arbejdet med at løfte stadig flere og mere komplekse patientforløb uden for sygehuse og hermed også at forebygge unødvendige indlæggelser.

En naturlig konsekvens af dette er, at flere af indsatserne anføres at have som formål at sikre sammenhæng og kontinuitet i indsatserne for patienterne på tværs af sektorerne ved at styrke samarbejdet mellem sundhedspersoner på tværs af sektorerne.

De rådgivende funktioner omfatter egentlig kompetenceudviklingsforløb. Mere konkret omfatter funktionerne fx nem adgang til sparring med speciallæge for almen praksis, lægefaglig og anden sundhedsfaglig rådgivning til den kommunale (se fx case på side 30), patientspecifik sparring med fx de kommunale akutfunktioner eller i forbindelse med udførelsen af specialiserede sygeplejeopgaver i den kommunale sygepleje. Speciallægerådgivning og -sparring til sundhedsplejersker er også eksempler på etablerede rådgivende funktioner.

Der er derudover inden for de seneste år set en markant stigning i antallet af rådgivende sygehusfunktioner som en del af en tværsektoriel indsats for at understøtte indlæggelser i hjemmet og tilbyde fleksible, åbne indlæggelsesmuligheder. Her er etableret et tæt kontakt mellem sygehuset og de praktiserende læger og kommunale akutfunktioner, hvor sygehuset i samarbejde med almen praksis eller kommunale sundhedsmedarbejdere vurderer handlemulighederne og eventuelle alternativer til sygehusindlæggelser – dette dækker alt fra subakutte ambulante tider til en åben indlæggelse, hvor patienten indlægges direkte på sengeafsnit ved behov.

Figur 3.1. Fordeling af antal sektor krydsende indsatser på funktioner



Hvad FAM Lægebilen forsøger at kompensere for:

Implementeringens vurdering er, at denne case illustrerer et initiativ, der forsøger at kompensere for, at der ikke er anden lægefaglig kompetence tilgængelig. Vagtlæge og alment praktiserende læger, der ellers har de relevante almenmedicinske kompetencer og som der kunne skabes kontakt til, har hverken de rette forudsætninger eller mulighed for at møde frem akut eller subakut på plejehjemmet til at håndtere borgerens situation.

Hvad har de gjort og hvorfor?

Den fælles akutmodtagelse (FAM) på OUH oplevede mange indlæggelser af plejehjemsbeboere, hvor vurderingen i FAM var, at behandlingen burde være foretaget på plejehjemmet. For at sikre mere optimale patientforløb opstod idéen om en speciallægefaglig vurdering og behandling på plejehjemmet.

1. november 2020 blev ordningen med FAM lægebil til plejehjemsbeboere etableret. Servicen aktiveres for alle plejehjemsbeboere, der meldes til FAM fra 112-opkald, lægevagt eller fra almen praksis.

Ved forværring i tilstanden hos plejehjemsbeboeren, som kræver lægelig vurdering sker det ofte, at plejehjemsbeboeren sendes ind på FAM. Det skyldes to udfordringer:

- 1) Der er ikke mulighed for at få borgeren akut tilset fysisk af en læge på plejehjemmet.
- 2) Der kan ikke igangsættes behandling, fordi der ikke er mulighed for 24-timers behandlingsansvar. Det skyldes at behandlingsansvaret ikke overgår fra almen praksis til lægevagten (eller omvendt) og derfor kræves sygehuskontakt for at kunne igangsætte fx væskebehandling.

Oplevelsen fra FAM er i disse situationer, at læger fra almen praksis, 112 eller lægevagt ofte sender patienten til sygehuset i mangel på egentlige alternativer, på trods af at en sygehusindlæggelse ofte ikke vil være det mest gavnlige for patienten.

Med FAM-lægebilen er der en læge fra FAM, der kører ud og vurderer plejehjemsbeboeren. I de fleste tilfælde behandles beboeren på plejehjemmet og undgår dermed en tur på FAM og evt. hospitalsindlæggelse.

Forudsætninger og oplevede barrierer

På FAM, OUH er det besluttet, at FAM lægebilen bemannes med speciallæger, som er ansat i FAM. Ordningen er således bemannet af fire speciallæger med speciale i enten akutmedicin eller intern medicin.

På trods af databaseret viden om behovet for en tilgængelighed hos FAM lægebilen alle ugens dage i tidsrummet 10-22, har man ikke været i stand til at prioritere bemanning ud over mandag til fredag 8-16.

For at lykkes med FAM lægebilsordningen er det en væsentlig forudsætning, at plejehjemsbeboeren netop har adgang til pleje 24 timer i døgnet. Ordningen inkluderer for nu ikke borgere i eget hjem, da det her kan være vanskeligere eller mere omkostningstungt at dække et 24 timers plejebehov.

En læring har desuden været at samarbejde med kommunens akutsygeplejersker kan medvirke til, at sikre at der kan igangsættes behandling af plejehjemsbeboerne med behandlingsansvar fra FAM. Særligt ved rekrutteringsudfordringer af faglært personale på plejehjem kan akutsygeplejen spille en central rolle for at lykkes med FAM lægebilen, da behandlingen kan opstartes med hjælp fra akutsygeplejerskerne.

Ledelsen påpeger, at store transportafstande kan kompromittere en rationel brug lægelige ressourcer. Fra OUH er der aftaler om FAM lægebilsdækning med Odense Kommune, Kerteminde Kommune og Nordfyns Kommune, hvor afstandene er relativt korte. Der kan ved længere afstande blive alt for meget transporttid for lægerne, til at det er den rigtige løsning.



Vi oplever, at der hvor systemet svigter, er når det er uklart, hvem der har ansvaret for patienten, inden patienten kommer ind på sygehuset
 – Ledende overlæge, Fælles Akutmodtagelse



Resultater

Fremrykning af akutbehandlingen fra hospitaler til plejehjem har muliggjort, at plejehjemsbeboere kan blive i eget hjem og undgår unødvendig transport til og fra - samt indlæggelse på - hospitalet.

Ca. 85% af plejehjemsbeboerne forbliver på plejehjemmet efter vurdering og behandling af FAM lægebilen. Da mange af plejehjemsbeboerne har behov for palliativ pleje, kan dette håndteres og igangsættes af speciallægen fra FAM lægebilen med eventuel deltagelse fra kommunens akutsygeplejersker samt plejehjemspersonalet.



Perspektiv

Indsatsen viser et alternativ til at sende plejehjemsbeboere til akutmodtagelse eller direkte til hospitalsindlæggelse. Indsatsen muliggør en igangsættelse af akut behandling med afsæt i de specielle behov, som plejehjemsbeboere kan have i slutningen af deres liv, hvor det ikke er hensigtsmæssig med en hospitalsindlæggelse.

Samtidig er ordningen efter ledelsens egen vurdering i høj grad en strukturkompenserende indsats fordi de nødvendige akutte og subakutte handlemuligheder i primærsektor ikke er tilstrækkelige til at håndtere og afslutte forløb uden sygehusindlæggelse.

Case: Tværsektorielle sparringsmøder

Hvad forsøger Tværsektorielle sparringsmøder at kompensere for:

Implementer vurderingen er, at denne case illustrerer et initiativ, der forsøger at kompensere for, at den nuværende struktur har en indbygget "dem og os" fremmede kraft. Man forsøger at fremme kendskab og forståelse og etablere direkte kontakt og relation mellem det kommunale pleje- og rehabiliteringspersonale og sygehuslægerne.

Hvad har de gjort og hvorfor?

Som følge af det tværsektorielle forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom identificerede OUH i samarbejde med Odense, Nordfyn og Assens Kommune et behov for at opbygge sundhedsfaglige og kliniske kompetencer i kommunerne og opnå gensidig indsigt i og forståelse for organisering og praksis. For at opnå viden på tværs blev tværsektorielle sparringsmøder igangsat.

Sparringsmøderne blev etableret som virtuelle møder i 2019, finder sted hver anden uge og har en varighed på 45 minutter. Dagsordenen er at drøfte 1-2 borger-/patientcases, undervise hinanden i forskellige emner og afslutningsvis at aftale cases til næstkommende møde.

Undervisningen foregår som situationsbestemt undervisning ud fra cases. Casen afgør hvilket emne, der bydes ind med, og som belyses det ud fra de forskellige fagligheder. Det giver deltagerne redskaber til det videre arbejde med den konkrete borger og bidrager med viden i forhold til kommende borgere.

Sparringsmøderne har bidraget til at synliggøre kompetencerne i kommunerne. I starten har møderne således både handlet om at klæde sygehuset på til "at give slip" på borgeren, mens det for kommunen har handlet om at tro på, at opgaven faktisk kan varetages. En læring har bl.a. været, at et sygehusperspektiv på en hjerteproblematik er et relativt snævert blik, hvor kommunen evner at se bredere på borgerens samlede livssituation.

Deltagerkredsen er fra sygehuset: læger, herunder yngre læger, sygeplejersker tilknyttet hjertemedicinsk afdeling, psykolog, diætist og træningspersonale. Fra kommunen deltager fysioterapeuter, en sygeplejerske og en diætist.

Forudsætninger og oplevede barrierer

Cases der gennemgås på de tværsektorielle sparringsmøder er alle inden for rammerne af forløbsprogrammerne (§119 og §140).

At møderne er virtuelle gør dem bæredygtige, da det kræver færrest mulige ressourcer at deltage, og ingen skal bruge transporttid for at drøfte cases og udvikle på kompetencerne.

Mødeledelsen varetages af OUH, men der er behov for opbygning af disse specifikke kompetencer på tværs af sygehus og kommune.

Endnu en forudsætning for sparringsmøderne er, at der skal indhentes samtykke fra den enkelte borger til, at de må bringes op på konference og deres oplysninger må deles. Borgeren forventer derfor også, at få en tilbagemelding om, hvad der er drøftet, og hvad det betyder for vedkommende.

En stor udfordring for sparringsmøderne er datadeling i forbindelse med møderne. Der er i dette set-up lavet en ad-hoc arbejdsgang, hvor man via sikker mail kan dele borgerens cpr-nummer, så alle deltagere på sparringsmødet kan se borgerens data via opslag i egne systemer. Dermed kan det ses, hvilke indsatser man har iværksat i egen organisation. Det betyder også, at mails slettes umiddelbart efter møderne, hvilket betyder, at der fx ikke kan følges med i, om en borger er drøftet flere gange, og hvorvidt det er nye eller eksisterende problemer, der vendes. Fremadrettet er der brug for at etablere standardiseret datadeling med fælles booking til tværsektorielle sparringsmøder.



Når vi sidder i det rum, så er sektorovergange lagt ned. Personalet på sygehuset er i lige så høj grad mine kollegaer, hvilket møderne har fordret.

– Diætist, Odense Kommune



Resultater

Oplevelsen er, at sparringsmøderne giver udbytte for deltagerne, men også for borgerne/patienterne.

Samtidig understøttes det gode tværsektorielle samarbejde, således at kontakten til hinanden lettes ved simple spørgsmål og afklaringer. Det har gjort det lettere at tage kontakt på tværs af sektorer og få specifik viden og sparring om konkrete borgeren frem for, at fx kommunen skal bede borgeren tage kontakt til egen læge, der kan henvise til sygehuset. Oplevelsen er i den forbindelse også, at færre risikerer at blive tabt i sektorovergangene.



Perspektiv

Baseret på erfaringerne fra OUH og lignende tiltag andre steder i landet vurderes der at være flere særlige perspektiver i de tværsektorielle sparringsmøder. Sparringsmøderne bringer for det første lægefaglig kapacitet, autoritet og ansvar helt ud i snitfladen mellem primær- og sekundærsektor, og bidrager på den måde til at orientere den samlede behandling og rehabilitering ud mod borgernes nærmiljø. Samtidig bidrager sparringsmøderne med gensidig forståelse på tværs af sektorerne for handlemuligheder, kompetencer og logikker i de respektive sektorer, herunder også ved at bringe yngre sygehuslæger mere i spil over for de kommunale aktører.

Brobyggende og fælles funktioner

De **brobyggende funktioner** fokuserer på at styrke sammenhængen mellem primær- og sekundær sektor. Gennemgående i de fleste af de indmeldte brobyggende funktioner er, at der er fokus på at forebygge genindlæggelser ved at sikre gode udskrivelser og sammenhæng gennem optimeret koordination mellem aktørerne – i vid udstrækning med særligt fokus på udsatte og sårbare patienter. De gode udskrivelser er eksemplificeret ved indsatser, der gennem reduktion af unødigt merarbejde og tilpasning af udskrivelsesdokumentation til kommunernes behov optimerer udskrivelsesprocedurerne. Den optimerede koordination er enkelte steder ikke blot mellem sundhedspersonale men har samtidigt fokus på at inddrage sårbare patienter og deres pårørende bedre og i nogle tilfælde levere kompetenceunderstøttende indsatser til disse.

De fleste af de indmeldte funktioner omfatter brobygning mellem sygehuse og kommunale funktioner, men der er også indmeldt eksempler på funktioner, der omfatter at inddrage almen praksis og praktiserende læger i samarbejdet om patienterne for at forbedre kommunikationen og samarbejdet mellem sygehus og almen praksis. De omtalte funktioner inkluderer blandt andet akutsygeplejersker, socialsygeplejersker, (kommunale) udskrivningskoordinatorer, udskrivningsterapeuter og fremskudte funktioner mellem kommune og sygehus (her med visse overlap med de udgående funktioner).

De relativt få indmeldte eksempler på **fælles funktioner** omfatter overvejende samlokalisering af sundhedsfagligt personale fra sygehuse og kommuner, funktioner med fælles ledelse eller formandskab samt samarbejdskonstruktioner for udskrivinger og visitation.

Nævnte formål med de fælles funktioner inkluderer at forbedre samarbejdet mellem kommuner og sygehuse og det tværsektorielle samarbejde mere generelt samt at opnå synergier på tværs. For flere nævnes også for disse funktioner, at målet er at fremme en effektiv udskrivnings- og visitationsproces.

Udækkede behov der søges dækket

Indsatserne inden for hver af de fire funktioner beskrevet på foregående side kan til en vis grad betragtes som reaktioner på et udækket behov i det eksisterende sektorsamarbejdet, der skulle kompenseres for eller tilgodeses.

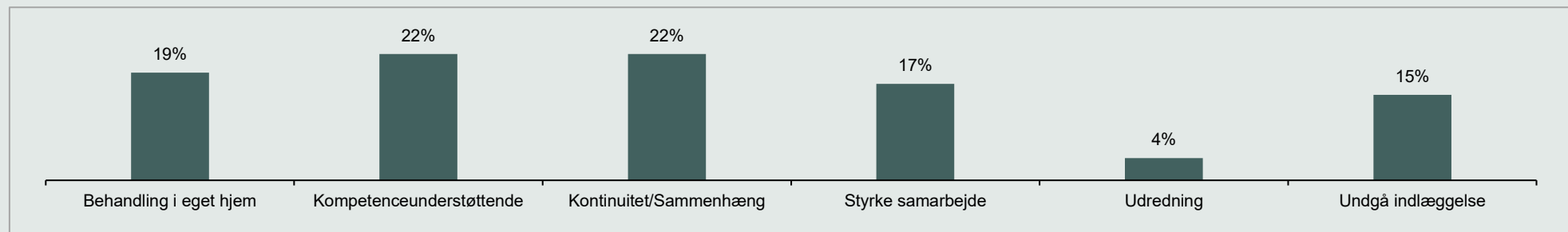
De 35 indmeldte udgående funktioner kan alle ses udtryk for, at sygehuse har konstateret **et behov for at kompensere for, at der ikke af almen praksis eller i kommunerne (kan) leveres tilstrækkeligt kvalificerede og virksomme indsatser** til patienterne/borgerne i eget hjem. Særligt specialiseringsniveauet, der kræves for varetagelsen af opgaverne, synes at være afgørende herfor.

De 26 indmeldte rådgivende funktioner er ligeledes udtryk for, at **de aktuelle kompetencer og handlemuligheder i almen praksis og i den kommunale sundhedsindsats ikke har rakt til at løse de ønskede opgaver** uden bistand fra sygehuse og især speciallægerne. Dette udækkede behov ses som voksende i takt med, at patienternes behov i stigende grad varetages uden for sygehuse – både qua stadigt kortere indlæggelser, og at flere og flere forløb søges håndteret helt eller delvist uden for sygehuse.

Det behov, der helt gennemgående søges dækket med de 25 indmeldte brobyggende funktioner er, at patientforløb, der går på tværs af sektorerne – som de fleste forløb for sårbare patienter gør, hænger bedst muligt sammen. **De brobyggende funktioner søger naturligvis at skabe en sammenhæng i forløbene, der ikke ellers er til stede.** Både for at opnå den bedste mulige kvalitet og virkning af indsatserne generelt, og mere specifikt for at reducere og forebygge behov for yderligere indsatser.

Blandt de fælles funktioner ligger fokus på at forbedre samarbejdet mellem kommuner og sygehuse. Det følger naturligt heraf, at funktionerne søger at dække en række **behov for sammenhæng og mere effektivitet i leveringen af indsatserne** – og som sådan derfor udviske de suboptimerende virkninger af de eksisterende strukturelle forhold.

Figur 3.2. Fordeling af antal sektorkrydsende indsatser på formål



Note: Kategoriseringen af de sektorkrydsende indsatser er foretaget af Implement på baggrund af de kvalitative beskrivelser indmeldt i spørgeskemaet. En indsats kan have flere formål.

Sygehussomatikken

Overordnet motivation for indsatser

Hvor de foregående sider har betragtet de indmeldte indsatser ud fra funktionernes formål, viser figuren til højre fordelingen af indsatserne på, om de har en strukturkompenserende karakter – dvs. om de kan ses som indsatser, der alene eller primært er forsøg på at "lappe" på huller i den eksisterende struktur – eller om de kan ses som en videreudvikling af måden, der leveres sektorspecifikke indsatser på – dvs. er en ny måde at levere sygehusfunktioner på, hvor ansvaret er entydigt placeret på regionalt niveau (og hvor indsatsen derfor ikke kan betragtes som et forsøg på at "lappe" på huller i den eksisterende struktur).

En del indsatser og funktioner indeholder aspekter fra begge kategorier, og er i så fald kategoriseret som "både (strukturkompenserende) og (videreudviklende af sektorspecifikke indsatser).

Da fordelingerne er resultatet af Implement's vurdering baseret på de kvalitative beskrivelser af indsatserne, er der grund til at være forsigtig med konklusionerne på den baggrund. Det er i stedet et – måske svagt – forsøg på at belyse, i hvor høj grad baggrunden for udviklingen og etableringen af de relativt mange indsatser har direkte sammenhæng til oplevede udfordringer med de eksisterende strukturer.

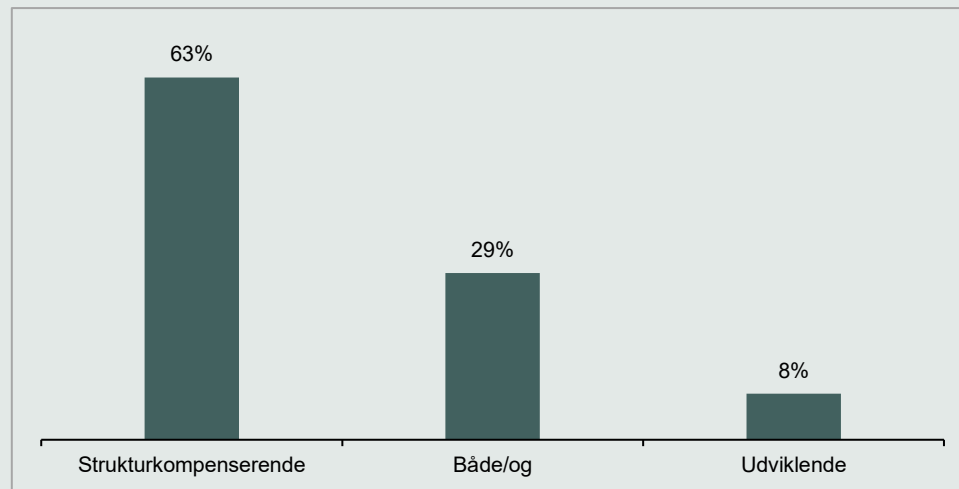
Af figuren fremgår det, at langt størstedelen af indsatserne er vurderet til at have karakter af at være strukturkompenserende, mens mindre end 10 pct. er vurderet til alene at have karakter af videreudvikling af sektorspecifikke funktioner. Det generelle billede af, at sygehusene i vid udstrækning "reagerer på" strukturelle udfordringer med sektoroverskridende indsatser, er endvidere bekræftet i interviews, hvor alle respondenter har givet udtryk for, at det strukturkompenserende aspekt af udviklingen i sektoroverskridende funktioner fylder meget.

Tabellen nederst til højre bruger samme kategorisering, men opdeler den på funktioner. Her ses det, at funktioner med udviklende karakter overvejende er etableret i regi af udgående og fælles funktioner. Beskrivelsen af disse funktioner på de foregående sider peger også i retning af, at sygehusene har opbygget kapacitet og kapabilitet til pleje og behandling i eget hjem – ofte i et samarbejde, hvor kommunerne leverer sygeplejen, og sygehusene har behandlingsansvaret.

Omvendt er de rådgivende og brobyggende funktioner i højere grad karakteriseret ved at have strukturkompenserende karakter. Analysen af de udækkede behov de rådgivende funktioner forsøger at "svare på", viser da også, at de overvejende er etableret, fordi den sygehusforankrede specialistkompetence betragtes som en forudsætning at få i spil for, at primærsektoren kan løfte opgaverne effektivt.

De brobyggende funktioner har Implement i overvejende grad kategoriseret som strukturkompenserende indsatser, da de fleste af disse er beskrevet som værende funktioner, der søger at binde forløb bedre sammen på tværs af sektorerne.

Figur 3.3. Fordeling af indsatser på overordnet motivation



Note: Kategoriseringen af de sektor krydsende indsatser er foretaget af Implement på baggrund af de kvalitative beskrivelser indmeldt i spørgeskemaet.

Tablet 3.5. Fordeling af indsatser efter funktioner og overordnet motivation

	Strukturkompenserende	Udviklende	Både/og
Udgående funktioner	33%	24%	42%
Rådgivende funktioner	81%	0%	19%
Brobyggende funktioner	86%	0%	14%
Fælles funktioner	46%	0%	54%

Behandlingspsykiatrien

Udgående funktioner

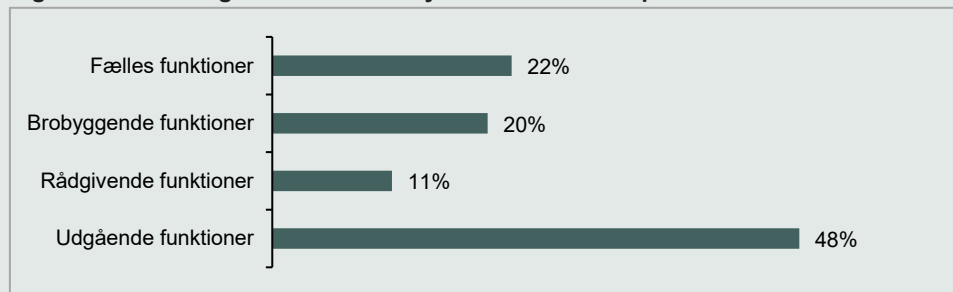
Af figuren nedenfor ses det, at der i behandlingspsykiatrien ligesom i sygehussomatikken inden for de seneste fem år er oprettet eller væsentlig udvidet flest sektor krydsende indsatser, der kan karakteriseres ved at være udgående funktioner. Dog er andelen af rådgivende og brobyggende funktioner betydelig lavere end blandt de somatiske sygehuse, mens andelen af fælles funktioner er højere.

Næsten halvdelen af de indmeldte indsatser karakteriseres som **udgående funktioner** i behandlingspsykiatrien, hvilket dækker både børne-, ungdoms- og voksenpsykiatrien. Det er dog vigtigt at understrege, at behandlingspsykiatrien igennem en noget længere årrække end blot fem år har etableret en række forskellige udgående funktioner. De senest etablerede funktioner i denne analyse afspejler således primært, at der fortsat er konstateret et behov for yderligere udgående funktioner fra behandlingspsykiatrien.

De udkørende funktioner indeholder ofte elementer som hjemmebesøg og netværksmøder i tæt koordinering med de forskellige sektors indsatser inden for børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien for at understøtte stabile liv for de berørte patienter og pårørende. Disse elementer ser ud til at være centrale i de udkørende funktioners tilgang til at tilbyde fleksible og individuelt tilpassede støtte- og behandlingsindsatser til patienterne, som blandt andet dækker over intensiv behandling i kritiske faser og alternative tilbud til langvarige indlæggelser. Flere af indsatserne er målrettet unge og deres familier, særligt gennem et styrket samarbejde mellem retspsykiatrien og almenpsykiatrien.

Formålene med de etablerede indsatser dækker samlet set over at sikre bedre overgange med fokus på tidlig opfølgning efter udskrivelse for at forebygge yderligere forværring eller indlæggelse eller genindlæggelse i forbindelse med akutte psykiatriske kriser. Hertil nævner flere respondenter formål om at nedbringe omfanget af selvskade og tvangsanvendelse.

Figur 3.4. Fordeling af antal sektor krydsende indsatser på funktioner



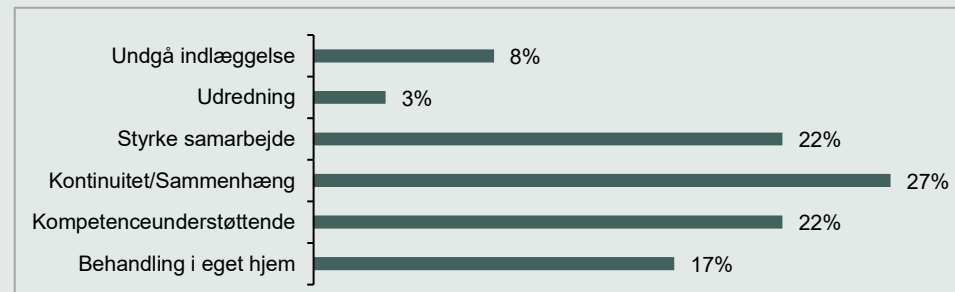
Rådgivende, brobyggende og fælles funktioner

Der er indmeldt **rådgivende funktioner** i behandlingspsykiatrien er nogenlunde lige delt mellem at være målrettet sundhedspersoner i kommuner og almen praksis. Nogle af funktionerne er målrettet rådgivning om særlige målgrupper som fx borgere med spiseforstyrrelser eller børn og unge i mistrivsel. Gennemgående er formålet med indsatserne at kompetenceunderstøtte kommunale aktører og/eller almen praksis, blandt andet i deres udredning af borgere, så behandling samt håndtering af akutte situationer kan finde sted uden yderligere kontakt til behandlingspsykiatrien og dermed forebygge indlæggelser.

De indmeldte eksempler på **brobyggende funktioner** omfatter at bringe særlige faggrupper i spil i en koordineret rolle i forbindelse med udskrivningen med de forskellige områder i de enkelte kommuner. Et eksempel på dette er ansættelse af socialrådgivere med kendskab til de kommunale tilbud i behandlingspsykiatrien til at håndtere og forbedre samarbejdet med kommunerne for at guide og støtte borgerne bedst muligt og sikre en god overgang. Specifikt nævnes også et tæt samarbejde med det kommunale beskæftigelsesområde om patienternes ønsker om job eller uddannelse. Funktionerne afspejler, at snitfladerne mellem behandlingspsykiatri og de kommunale indsatser til borgere med psykiatriske udfordringer eller psykisk mistrivsel er mange. Derfor er der et betydeligt, selvstændigt formål i indsatserne fokuseret på at investere i et styrket samarbejde med en række forskellige aktører (kontinuerligt) om den enkelte borger for at sikre kontinuitet, forebygge tilbagefald og understøtte trivsel.

For **fælles funktioner** er de indmeldte eksempler alt overvejende eksempler på samlokation med den kommunale socialpsykiatri (det er i besvarelserne ikke specificeret nærmere, hvilke dele af de kommunale ansvarsområder, der er repræsenteret) og et regionalt lokalpsykiatrisk tilbud. Derudover er der eksempler på kommunal og regional samlokationer, som også omfatter fælles drift af overnatningspladser. I begge typer er der sikret adgang til sundhedsfaglig rådgivning og sparring samt adgang til kommunale tilbud målrettet særlige (psykisk) sårbare og udsatte borgere, fx aktivitetstilbud.

Figur 3.5. Fordeling af antal sektor krydsende indsatser på formål



Note: Kategoriseringen af de sektor krydsende indsatser er foretaget af Implement på baggrund af de kvalitative beskrivelser indmeldt i spørgeskemaet. En indsats kan have flere formål.

Behandlingspsykiatrien

Udækkede behov der søges dækket og overordnet motivation

Ligesom det er tilfældet med sygehussomatikken, er indsatserne forbundet med de fire funktioner inden for behandlingspsykiatrien blevet analyseret for at identificere, hvilke udækkede behov de er et svar på. Disse udækkede behov er over en bred kam associeret med et forsøg på at kompensere for lav grad af sammenhæng mellem de forskellige sektorer. Det fremgår da også tydeligt af både tabellen og figuren nedenfor, at indsatserne overvejende kan kategoriseres som strukturkompenenserende frem for udviklende.

De udækkede behov, der søges dækket med indsatserne relateret til de 22 udgående funktioner, relaterer sig tydeligst til at kompensere for de nuværende rammer relateret til transition mellem de forskellige sektors tilbud. En udfordring, der fortsat er særlig stor, er overgangen til voksenområdet for unge med psykiatriske udfordringer, fordi det omfatter skift mellem lovgivninger og langt de fleste steder også forvaltningsenheder og kommunale kontaktpersoner og sagsbehandlere samt repræsenterer et skift fra børne- og ungepsykiatrien til voksenpsykiatrien. Det er samtidig en udfordring, der er arbejdet med at finde løsninger på mange steder i landet.

Dernæst peges der på udækkede behov i indsatserne over for psykiatrisk udfordrede borgere, der ofte har ophold på bosteder (og herberg). Det er specifikt for de udgående funktioner, at de søger at kompensere for, at bostederne ofte mangler de tilstrækkelige kompetencer og handlemuligheder, der er nødvendige for at håndtere akutte situationer lokalt (uden for behandlingspsykiatrien), herunder at forebygge eskalering, der ellers kun kan håndteres gennem indlæggelser. Der er tydelig sammenhæng mellem de etablerede funktioners formål og udfordringer med **forskelle særligt i handlekompetence og faglig kompetencer mellem sektorerne, som ikke svarer til de behov, som patienter/borgerne har**. Med andre ord følger patienternes behov ikke en så skarp opdeling eller lineær udvikling, som de strukturelle rammer har fastlagt og dermed dikterer.

De fem indmeldte rådgivende funktioner søger at imødekomme samme udækkede behov som nævnt ovenfor. Det er altså kun måde hvorpå indsatserne søger at dække behovene, der adskiller sig mellem de to typer af funktioner.

Tabel 3.6. Fordeling af indsatser fordelt efter funktioner og overordnet motivation

Funktioner	Strukturkompenenserende	Udviklende	Både/og
Udgående funktioner	45%	9%	45%
Rådgivende funktioner	100%	0%	0%
Brobyggende funktioner	100%	0%	0%
Fælles funktioner	100%	0%	0%

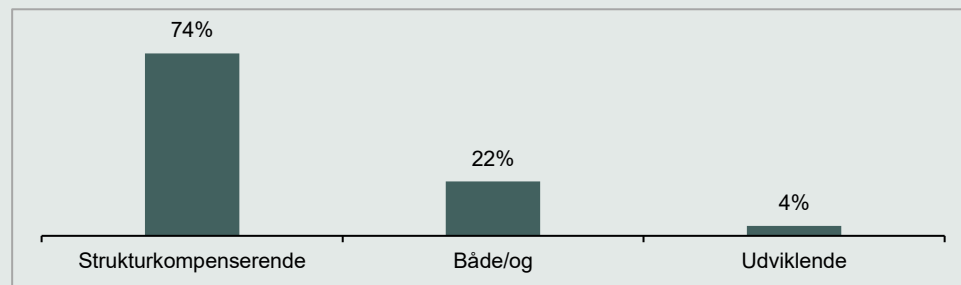
De udækkede behov søgt dækket af de ni brobyggende funktioner er konkret afledt af **den fragmentering og de mange snitfladerne mellem behandlingspsykiatri og de kommunale indsatser, der følger af de strukturelle rammer, der i dag er gældende for det samlede område**. Det er et område, som fra et borgerperspektiv omfatter behandlingspsykiatriens forskellige funktioner, praktiserende speciallæger, almen praksis, samt ikke mindst de kommunale forvaltningsområder, herunder flere forskellige funktioner inden for det specialiserede socialområde, sundhedsområdet og beskæftigelsesområdet samt det ofte tværgående ungeområde.

En enkelt indmeldt indsats peger desuden meget sigende på, at opsporingen af somatisk sygdom hos patienter med psykiatriske udfordringer i behandlingspsykiatrien, som udgangspunkt er vanskelig. Der peges på det relativt velbelyste fænomen som også på dansk kaldes "over shadowing" som en af årsagerne. I denne sammenhæng er det nærliggende at tænke den organisatoriske opdeling af somatikken og psykiatrien, som alle fem regioner har valgt, som medvirkende faktor. Det er derfor flere steder med gode resultater fundet relevant at etablere en brobyggende funktion, som understøtter, at psykiatriske patienter udredes somatisk med efterfølgende brobygning til patientens egen læge efter udskrivelse. Det er blandt andet beskrevet i Sundhedsstyrelsens "Fagligt oplæg til en 10-årsplan" for psykiatrien fra 2022. Det understreges også her, at det endnu ikke systematisk udbredt.

Eksemplerne inden for fælles funktioner er alle udtryk for en ambition om at reducere konsekvenserne af **den ovennævnte strukturelle fragmentering**, da samlokation og fælles indsatser på tværs af aktører netop søger at fungere som afklaring af snitflader og etablering af en samlet indsats.

På næste side ses en case, der illustrerer, hvordan der arbejdes med udvikling af og etablering af indsatser og funktioner, der bringer især behandlingspsykiatriens psykiatrifaglige kompetencer i spil og kommuners socialfaglige kompetencer i spil til gavn for en specifik målgruppe: Børn og unge i psykisk mistrivsel.

Figur 3.6. Fordeling af indsatser på overordnet motivation



Note: Kategoriseringen af de sektor krydsende indsatser er foretaget af Implement på baggrund af de kvalitative beskrivelser indmeldt i spørgeskemaet.

Hvad forsøger STIME at kompensere for:

Implementer vurderingen er, at denne case illustrerer et initiativ, der forsøger at kompensere for, at hverken børne- og ungepsykiatrien (behandlingspsykiatrien), kommunerne eller praksissektoren kan levere relevant og effektive indsatser til målgruppen. Med STIME kan børn og unge med behov for lettere behandlingsindsatser hjælpes.

Hvad har de gjort og hvorfor?

STIME startede som et 4-årig projekt (2018-2021) finansieret af satspuljemidler. Oprindeligt bestod projektet af Børne- og Ungepsykiatrisk Center (BUC) og syv kommuner. Efter projektperioden valgte alle projektkommuner at fortsætte og der er i Region Hovedstaden i alt 23 deltagende kommuner.

Indsatsen startede ud fra en fælles udfordring med børn og unge, der faldt mellem to stole, da der ikke fandtes kommunale tilbud til dem, og de samtidig heller ikke var behandlingskrævende nok til psykiatrien. I STIME omsættes således den bedste viden fra begge sektorer og der tilbydes sammenhængende og målrettede indsatser, der er tæt på børnene og de unges hverdag. Målgruppen er 3-17 årige i psykisk mistrivsel med udfordringen inden for et af følgende spor:

1. Når svære følelser fører til selvskade.
2. Når tanker om krop og mad fylder for meget.
3. Når bekymring eller tristhed fylder for meget
4. Når uro, opmærksomhed eller impulsivitet er en udfordring
5. Når gentagne tanker og handlinger tager styringen

Behandlingstilbuddet i STIME er før-diagnostisk og det er kommunerne der står for at udføre den lettere behandlingsopgave. Psykiatriens opgave består i at klæde kommunerne på til at varetage opgaven, opkvalificere bredere og give vejledning i læringsmiljøet. Derudover gives der supervision i forbindelse med STIME-uddannelsen og der er mulighed for telefonisk rådgivning og sparring om konkrete sager. Der er således ikke et behandlingsansvar i psykiatrien.

Forudsætninger og oplevede barrierer

STIME er baseret på et gensidig forpligtende partnerskab, som også vurderes at være en af forudsætningerne for indsatsen. Konceptet betyder, at ingen af parterne kan lykkes med kerneopgaven i STIME hver for sig, da der i stedet er tale om en fælles kerneopgave.

Kommunerne kan det vælge hvorvidt de vil indgå i partnerskabet og allokere ressourcer hertil, eller om de blot vil være bruger. Der er pt. 11 kommunepartnere og BUC med ledelsesrepræsentanter. Disse mødes 3 gange om året, og her drøftes retning for STIME, ressourceallokering samt udviklingsopgaver i pipeline. Alle materialer der udvikles i STIME udarbejdes i partnerskabet mellem kommunerne og psykiatrien.

Generelt gavner samarbejdet forståelsen for hinandens arbejde, og særligt myter og forestillinger om hinanden har indledningsvist kunne opleves som barrierer for indsatsen. Desuden har der været arbejdet med forståelsen af "lettere behandling", så der ikke blot har været tale om opgaveglidning mellem sektorerne.

En væsentlig forudsætning for STIME er desuden økonomi, som finansieres af Region Hovedstaden med 10 millioner årligt. Kommunerne finansierer selv behandlingstilbuddet i kommunen. Der har således også været et arbejde med kommunerne ift. økonomi og organisering af STIME, da STIME typisk er forankret i PPR, der ikke i alle kommuner har haft lettere behandling organiseret og finansieret i PPR.

Vurderingen er, at finansieringen med satspuljemidler indledningsvist har været afgørende for etableringen af STIME, da der har været tid til at finde hinanden i samarbejdet, skabe gensidig tillid og komme i gang med indsatsen, så effekterne kunne opleves.



Partnerskabet er et forpligtende samarbejde og handler i høj grad om at være på forkant med udviklingen og kigge fremad sammen.

– Enhedsleder, BUC



Resultater

En intern evaluering i april 2022 viser, at der er stor tilfredshed med STIME blandt de unge i alderen 11-17 år samt blandt forældrene. Hhv. 82% og 93% er tilfredse med den hjælp, de har modtaget. En stor andel vil desuden anbefale indsatsen til andre.

Resultaterne viser også et fald i symptomerne på alle spor. Målgruppen har derudover opnået en signifikant bedring i den samlede problemscore på SDQ, og der kan identificeres bedre funktion i forhold til familie, venner, skole, fritid og humør.



Perspektiv

STIME giver kommunerne mulighed for at tilbyde en indsats, der kan etableres hurtigt og lettilgængeligt. Oplevelsen hos BUC er, at der kommer mere kvalificerede henvisninger fra kommunerne. Dermed er der også færre tilbagevisninger på børn og unge fra psykiatrien til kommunerne.

BUC bistår Region Sjælland med opstart af STIME, og hjælper med implementering af den regionale del i STIME samt vejledning til arbejdet. Der er pt. opstartet samarbejde med 11 kommuner hos Psykiatrien i Region Sjælland.

Kommunal sundhed

Kommunernes arbejde med sektor krydsende indsatser og funktioner

Kommunerne er i spørgeskemaet blevet bedt om at angive, om de har oprettet nye eller væsentligt udvidet "særlige", "brobyggende" og/eller "fælles" funktioner de seneste 5 år.

- Med særlige funktioner menes fx specialistfunktioner, rehabiliterende teams, særlige typer midlertidige pladser, m.v.
- Med koordinerende og brobyggende funktioner menes patientnære funktioner rettet mod at skabe sammenhæng på tværs af sektorer.
- Med "fælles" forstås i denne sammenhæng funktioner, som har fælles ledelse, fælles organisatorisk forankring, fælles finansiering og/eller samlokalisering

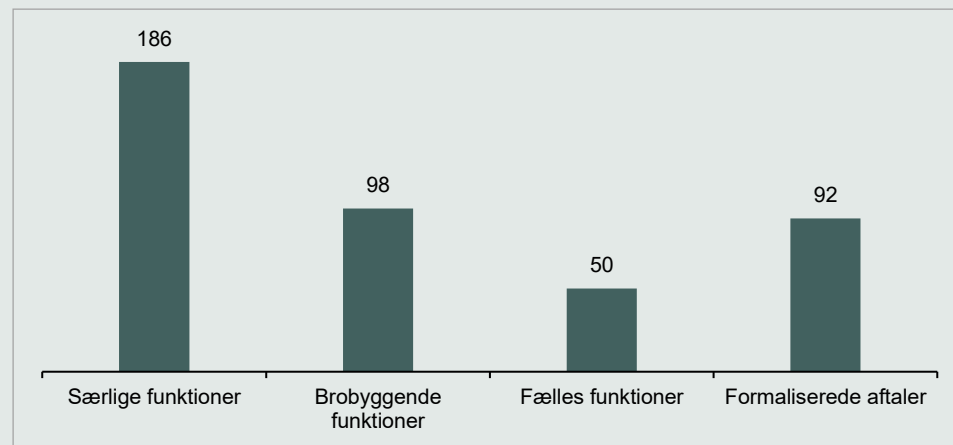
Kommunerne har angivet, inden for hvilke områder de har de forskellige typer af indsatser eller funktioner, samt hvilke udækkede behov oprettelsen eller udvidelsen af indsatsen eller funktionen er et svar på.

De 63 kommuner, som har besvaret spørgeskemaet, har i alt angivet 334 funktioner, jf. figuren nederst til højre. Alle (de deltagende) kommuner har således angivet at have etableret "særlige funktioner" inden for de seneste fem år, mens 82 pct. har angivet at have etableret nye brobyggende funktioner, mens 36 pct. har angivet at have etableret fælles funktioner sammen med sygehusene og/eller almen praksis inden for de seneste fem år.

Udover at melde nye funktioner og indsatser ind, er kommunerne blevet spurgt til, hvorvidt de har indgået (andre typer af) formaliserede aftaler med sygehusene og/eller almen praksis, samt hvilke områder der er omfattet af aftalerne, og hvem aftalerne er indgået med. Der er her indmeldt 92 forskellige formaliserede aftaler.

På de følgende sider præsenteres resultaterne af kommunernes indmeldinger mere detaljeret og uddybende.

Figur 3.7. Sektor krydsende indsatser fordelt på funktioner



Tabel 3.7. Opgørelse af kommunale tværsektorielle indsatser

Funktioner	Andel kommuner der har indgivet pågældende tværsektorielle indsats
Særlige funktioner	100%
Brobyggende funktioner	82%
Fælles funktioner	36%
Formaliserede aftaler	71%

Særlige funktioner

Kommunerne er spurgt til om de inden for seneste 5 år har oprettet eller væsentligt udvidet særlige funktioner på en række diagnoseområder. Med særlige funktioner forstås her funktioner som går ud over den pleje som varetages af basissygeplejersker (og social- og sundhedsassistenter), herunder fx specialistfunktioner, tværfaglige teams og lignende.

Der er i alt angivet 186 særlige funktioner. De spænder over en række forskellige områder, både diagnosespecifikke og bredere definerede områder (fx den ældre medicinske patient). Ingen enkeltstående områder står ud som værende i særligt "vækst" i forhold til andre, hvilket endvidere understreges af, at ca. 20 pct. af de indmeldte funktioner har været i "andet"-kategorien med en lang række forskellige typer indsatser (jf. listen nederst til højre).

De særlige funktioner som er indmeldt dækker over fx specialistfunktioner indenfor flere af områderne (fx palliationssygeplejersker, sårsygeplejersker, m.v.), rehabiliterende teams, tværfaglige kronikerteams, akutteams, udvidelse af midlertidig pladskapacitet, udvidelse af aflastningsmulighederne på fx specialiserede demensplejehjem, m.v. Samtidig er der også flere eksempler på digitale løsninger særligt inden for KOL-området hvor implementering af "Tele-KOL" er hyppigt nævnt, men også fx inden for sår-området med digitale løsninger for tværsektoriel adgang til billeder af sår.

På tværs af de besvarelser kommunerne har angivet for hvilke udækkede behov oprettelsen eller udvidelsen af funktionerne var svar på, er listen til højre de mest gennemgående og væsentlige.

Tabel 3.8. Opgørelse af særlige funktioner inden for kommunal sundhed

Funktioner	Antal særlige funktioner	Andel særlige funktioner	Andel kommuner som har angivet denne funktion
Den Ældre Medicinske Patient	27	15%	47%
KOL	28	15%	48%
Diabetes	15	8%	26%
Sår	15	8%	26%
Palliation	21	11%	36%
Inkontinens	11	6%	19%
Demens	30	16%	52%
Øvrige	39	21%	43%

Note: Andelen af kommuner, som har opgivet denne funktion, opgøres ud fra det samlede antal kommuner, der har angivet at have sektor krydsende, særlige funktioner og dermed ikke ud fra det samlede antal kommuner i landet.

Udækkede behov

Aktivitetsstigning: Nogle særlige funktioner har eksisteret i længere tid inden for nogle kommuner men er udvidet som følge af stigende aktivitetsniveau. Demografiudviklingen er en naturlig forklaring herpå.

Øget kompleksitet: Den enkeltstående hyppigst nævnte grund til nye særlige funktioner (og i øvrigt et mere generelt behov for kompetenceløft) er øget kompleksitet i borgerforløbene. Demensområdet fremstår her – med forbehold for nævnte mangler i data – umiddelbart som det område hvor væksten er størst med udvidelser inden for særligt demenskoordinatorer og andre særlige tilbud til demente (fx særlige demenspladser)

Indlæggelser og genindlæggelser af ældre medicinske patienter: Flere kommuner nævner unødigt mange og uhensigtsmæssige hospitalsindlæggelser blandt skrøbelige, ældre medicinske patienter som en særligt væsentlig årsag til at etablere særlige funktioner/tilbud til borgere med høj risiko for unødvendige/uhensigtsmæssige indlæggelser

Implementering af telemedicinske løsninger: Etablering af TeleKOL og telemedicinsk hjemmemonitorering.

Mestringsforløb og specialiserede rehabiliteringstilbud: Etablering af rehabiliterings- og mestringsforløb for en række målgrupper (herunder hjertekar-sygdomme, kræft, depression, m.v.), herunder også rehabiliteringstilbud med særskilt fokus på at understøtte mere komplekse forløb i eget hjem.

Eksempler på øvrige, særlige funktioner:

- Kræftrehabilitering
- Udskrivningsteams
- Udvidede akutteams
- Lokalteams i hjemmeplejen
- Socialrådgivere til medarbejdere i ældreplejen
- Udkørende akutsygeplejersker
- Centersygeplejersker og plejehjemslæger
- Sundhedsfaglige konsulenter
- Specialteams
- Farmakonomer til medicinhåndtering
- Træning og sygdomshåndtering af astma
- Faldforebyggende indsatser
- Kronikerteams

Kommunal sundhed

Brobyggende funktioner

Kommunerne er blevet spurgt til om at de inden for de seneste 5 år har oprettet forskellige typer af brobyggende funktioner, forstået som patientnære funktioner rettet mod at skabe sammenhæng på tværs af sektorer samt hvilke udækkede behov funktionerne blev oprettet på baggrund af.

Der er i alt indmeldt 98 brobyggende funktioner, jf. tabellen nederst, som omfatter:

Udskrivningskoordinatorer: Funktioner rettet mod at styrke samarbejde mellem sygehuse og kommuner ved udskrivning af borgere med komplekse forløb. Udskrivningskoordinatorerne har endvidere ofte en mere internt orienteret rolle ifm. de midlertidige pladser. Udskrivningskoordinatorerne kan have tilstedeværelse på sygehuse og koordinerer udskrivelse sammen med patient og sygehuspersonalet, samt visiterer til den efterfølgende kommunale indsats. De fleste kommuner, som angiver at have oprettet eller udvidet udskrivningskoordinatorfunktionen, angiver stigende kompleksitet og/eller behov for koordinering ved udskrivelsen som det udækkede behov, funktionen var et svar på. Funktionen er flere gange blevet evalueret både lokalt og nationalt som fx af KORA (nu VIVE) for Sundhedsstyrelsen i 2016, hvor det blev konkluderet: "... at denne indsats kan forebygge genindlæggelser, samtidig med at den som minimum er omkostningsneutral. Endvidere ses den fremskudte visitation som en kilde til bedre samarbejde og bedre inddragelse og øget tryghed i forbindelse med udskrivning af både fagpersoner og patienter".*

Forløbskoordinatorer: Funktioner som koordinerer komplekse forløb på tværs af sektorer, herunder fx forløb under forløbsprogrammerne og forløb med samtidig sundheds- og socialfaglig kompleksitet hvor også beskæftigelsesindsatsen kan være i spil.

* Evaluering af indsats for forløbskoordination – Slutstatus for regionale og kommunale aktiviteter og resultater, KORA (Martin Sandberg Buch og Marie Jakobsen) 2016

Hjerneskadekoordinatorer: Funktioner målrettet borgere med hjerneskade og flere samtidige aktører omkring borgeren, både kommunalt og tværsektorielt, som søger at koordinere den samlede indsats og hjælpe den hjerneskadede (og eventuelle pårørende) rundt i systemet.

Demenskoordinatorer: Koordinerende og ofte kompetenceopbyggende funktion, som bidrager til dels at styrke den samlede kommunale demensindsats, samt koordinering på tværs i kommunen og regionalt for borgere med demens og deres pårørende. Der angives stigning i antallet af demente og stigning i kompleksiteten i forløbene som primære årsager til udvidelse af kapaciteten.

Praksiskonsulenter: Funktion hvor en praktiserende læge typisk købes af kommunen et antal timer om ugen til at agere bindeled og styrke samarbejdet mellem kommunerne og almen praksis. Der er et begrænset antal kommuner, som angiver at have udvidet praksiskonsulent-funktionen, så data skal tolkes med forsigtighed. De udækkede behov, som funktionen beskrives som svar på, knytter sig især til flere samarbejdsflader med almen praksis samt nye sundhedsopgaver, som fordrer et tættere samarbejde.

Kommunerne blev endvidere spurgt til, hvor mange årsværk der var tilknyttet funktionerne for 5 år siden, og hvor mange årsværk der er tilknyttet funktionerne i dag. Med de nævnte forbehold, disse tal skal tolkes med, ser det ud til, at der er sket en markant udvidelse inden for de angivne funktioner. Tælles der alene på de besvarelser, hvor der både er angivet kapacitet i dag og kapacitet for 5 år siden, er der sket en udvidelse på mere end 100 pct. (fra 61 årsværk til 133 årsværk). Det er dog væsentligt, at dette tal ikke kan ekstrapoleres til at være et nationalt dækkende billede, da andre kommuner kan have reduceret kapaciteten, som ikke er fanget her. Det er derfor blot et indikativt billede på, at der i hvert fald i mange kommuner opleves et stigende behov for brobyggende funktioner og integrering af lægelige kompetencer i opgaveløsningen – ofte begrundet med stigende volumen og kompleksitet i de forskellige typer af borgerforløb, som funktionerne retter sig mod.

Tabel 3.9. Opgørelse af brobyggende funktioner inden for kommunal sundhed

Funktioner	Andel kommuner med funktionen i 2018 *	Antal brobyggende funktioner	Andel brobyggende funktioner	Andel kommuner som har angivet denne funktion
Udskrivningskoordinatorer	57%	18	18%	39%
Forløbskoordinatorer	51%	10	10%	22%
Hjerneskadekoordinatorer	88%	21	21%	46%
Demenskoordinatorer	100%	22	22%	48%
Praksiskonsulenter	66%	6	6%	13%
Øvrige	30%	21	21%	33%

Note: Andelen af kommuner, som har udvidet funktionen, opgøres ud fra det samlede antal kommuner, der har angivet at brobyggende funktioner. Data er fra et spørgeskema gennemført i 2019 ifm. en analyse for SUM, FM og KL om "sammenhængende og effektiv kommunal sundhed". Der var 88 deltagende kommuner.

Eksempler på øvrige, brobyggende funktioner:

- Kliniske sygeplejerske med specialistfunktion
- Brobygning med socialpsykiatrien
- Forløbssygeplejersker
- Koordinerende sygeplejersker
- Tværsektorielle udviklingskonsulenter
- Hjernerystelseskoordinatorer
- Hygiejnesygeplejersker
- Udskrivningsmentorere
- Risikomanagers
- Sundhedsfaglige konsulenter

Kommunal sundhed

Fælles funktioner

Kommunerne er spurgt til, om de har fælles funktioner med sygehuse og/eller almen praksis. Med "fælles funktion" forstås her funktioner, som har fælles ledelse, fælles organisering, fælles finansiering og/eller samlokalisering.

Der er på tværs af de deltagende kommuner indmeldt 38 fælles funktioner med sygehuse og 12 fælles funktioner med almen praksis.

Fælles funktioner med almen praksis: De indmeldte fælles funktioner med almen praksis dækker især over:

- Praksiskonsulenter
- Plejhjemslægeordninger
- Lægepraksisser i sundhedshuse og/eller samlokaliseret med kommunale sygeplejeklinikker.

De to første funktioner er velkendte, hvor praksiskonsulenter er kommunalt ansatte almen medicinere i en administrativ og rådgivende funktion uden behandlingsrelaterede opgaver.

Plejhjemslægeordningerne er siden 2021 understøttet af den nationale overenskomst og under udbredelse. Sundhedsdatastyrelsen arbejder pt på at sammenstykke data om udbredelsen, men har ikke haft mulighed for at levere dette inden færdiggørelsen af denne afrapportering..

Samlet set er der således ikke mange indmeldte fælles funktioner mellem kommuner og almen praksis, som ikke er dækket af overenskomst eller andre aftaletyper. Der er således få eksempler på nye typer af fælles løsninger mellem kommuner og almen praksis, hvilket omvendt ikke betyder, at der ikke er tæt samarbejde – blot inden for de givne strukturer og rammer..

Fælles funktioner med sygehusene: De indmeldte fælles funktioner med sygehusene har forskellig karakter og dækker bl.a. over:

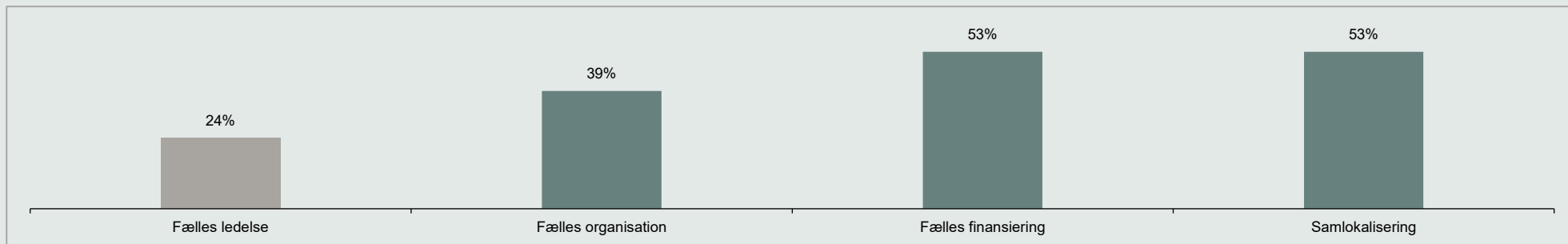
- Forskellige konstruktioner for regional speciallægetilknytning på kommunale midlertidige pladser, herunder fx regional stuegang og regionalt behandlingsansvar for borgere på midlertidige pladser
- Forskellige konstruktioner for hospitalsbehandling i eget hjem, hvor regionen varetager det lægelige behandlingsansvar og kommunerne leverer syge- (og øvrig) pleje
- Sundhedshuse og –centre, hvor forskellige både regionale og kommunale (og ofte også almene lægepraksisser) er lokaliseret
- Tværsektorielle udkørende teams, fx regionale sygeplejersker, som løser instrumentelle opgaver under regionalt behandlingsansvar, som de kommunale sygeplejersker ikke har rammedelegation til at udføre
- Diverse mindre fælles løsninger i udkantsområder (fx på Samsø og Ærø)

Dét, der gør funktionerne fælles mellem sygehusene og kommunerne, spænder over alle parametrene (ledelse, organisering, finansiering og lokalisering), dog med færrest eksempler på egentlig fælles ledelse. På den anden side har over halvdelen af de angivne fælles funktioner fælles finansiering og samlokalisering.

I svarene har hele 24 % angivet, at der er tale om fælles ledelse. Det dækker over egentlige ansættelsesforhold af almen medicinere som praksiskonsulenter, en fælles kommunal og regional akutmodtagelse samt et fælles psykiatridi, hvor et fælles ledelsesteam (en fra kommune og en fra regionen) sammen varetager ledelsen. Derudover ses der en række svar, hvor det er uklart, hvad det fælles ledelseselement omfatter. (Derfor er søjlen herfor i figuren nedenfor markeret grå.)

På de næste sider er der beskrevet to cases, som er angivet som fælles funktioner.

Figur 3.8. Fælles funktioner i samarbejde med sygehuse. Hvad gør funktionen fælles?*



Note: Antal fælles funktioner med sygehus = 38.

Note: Antal fælles funktioner med almen praksis = 12.

*Da funktionerne kan være fælles af mere end én årsag, summerer ovenstående grafer til mere end 100%. Grafen der indeholder fælles funktioner med sygehuse afspejler derfor eksempelvis at 24% af de fælles funktioner med sygehuse er fælles bl.a. grundet fælles ledelse.

Case: Fælles sundhedsvisitation

Hvad forsøger Fælles sundhedsvisitation at kompensere for:

Implementeringens vurdering er, at denne case illustrerer et initiativ, der forsøger at kompensere for, at vagtlæger, præhospitalet og almen praksis har dårlige forudsætninger for at have overblik over de forskellige sektorspecifikke tilbud, som kan være et alternativ til hospitalsindlæggelse. Funktionen har hovedsageligt karakter af at være rådgivende snarere end visiterende.

Hvad har de gjort og hvorfor?

Den fælles sundhedsvisitation på Hospitalsenhed Midt er et resultat af "én indgang til sygehuset" som følge af akutplanen fra 2007. Gennem årene frem til 2022 er visitationen udviklet til en fælles sundhedsvisitation, som indgang til akutte og subakutte tilbud i klyngen uanset sektor. Samarbejdet skal sikre, at det for almen praksis og vagtlæge er ligeså let at vælge et alternativ tilbud som sygehusindlæggelse – uanset hvilken sektor det relevante alternativ findes i.

"Fælles" betyder, at visitationen repræsenterer og har delvis bemyndigelse på klyngekommunernes og psykiatriens vegne, selvom visitationen er fysisk placeret på hospitalet. Det er regionalt ansat personale, som vejleder i alle akutte og subakutte tilbud i klyngen på tværs af sektorer. Der kan dog ikke visiteres til kommunale tilbud, da kommunerne jf. lovgivningen vil fastholde visitationsret til fx akutpladser.

Der modtages opkald fra almen praksis, vagtlæge, akutlægebil og ambulancetjeneste om akutte patienter. Der kan foretages forskellige handlinger ved opkald:

- "Akut vurdering i spor", hvor der kan visiteres til et "fast track" spor i akutafdelingen ved tilstande som vurderes at kunne udskrives inden for max 4 timer.
- Konferencekald med speciallæger og specialister fx sår- og sygeplejersker. Her bistår visitationen med at få rette ekspertise, så der kan vejledes og gives råd.
- Booking af subakutte ambulatorietider i alle specialer herunder også psykiatrien.
- Informere om og koordinere kontakt til kommunale tilbud, og hjælpe med at iværksætte indsats i kommunalt regi som alternativ til indlæggelse.
- "Tværsektoriel hospitalsbehandling i eget hjem", se case side 42.

Forudsætninger og oplevede barrierer

Ifølge ledelsen er det en afgørende forudsætning for en vellykket "fælles sundhedsvisitation", at telefonopkald besvares hurtigt. Udgangspunktet er, at 95% af alle opkald besvares inden for 2 minutter. (Der er ikke modtaget data om den faktiske svartid.) Dermed er funktionen relevant, som et sted at afsøge alternative muligheder til akutte indlæggelse.

For at sikre høj service og relevans følger bemandingen belastningen på telefonen. Der er altid mindst én sygeplejerske på vagt i alle døgnets timer. I spidsbelastningen, som er i almen praksis åbningstid, er der 3 sygeplejersker på vagt.

"Den fælles sundhedsvisitation" er bemanded af specialuddannede sygeplejersker, og kræver et højt kompetenceniveau. Det skyldes, et behov for forståelse for systemet både kommunalt og i sygehusopbygningen. Det kræver desuden kendskab til og erfaring med håndtering af akutte patienter.

"Den fælles sundhedsvisitation" kræver et stort kendskab til kommunale tilbud hos medarbejderne, og at de holder sig ajour med udviklingen af kommunale tilbud. Det sikres gennem fast mødekadence i de etablerede samarbejdsfora. Desuden arbejdes der med en oversigt over tilbud i klyngekommunerne.

Der opleves stor variation mellem kommunerne i tilbuddene, og oplevelsen er også, at det giver forskelle i kvaliteten af patientforløb i kommunerne. Det betyder, at visitationen skal være opmærksom på forskellene, når de vejleder almen praksis, lægevagt eller præhospitalet om kommunale tilbud.



Vi er formidlere af et maskinrum, som kan være rigtig svært at have indblik i for almen praksis. De er generalister, og skal ikke ned i dybden.

– Chefsygeplejerske, Akutafdelingen



Resultater

"Den fælles sundhedsvisitation" er etableret og i drift som organisatorisk enhed. Fra regional side er der et fokus på at arbejde med rådgivende funktioner frem for med udgående funktioner. "Sundhedsvisitationen" er et forsøg på, at vejlede til bredere forståelse af relevante alternative tilbud til akutte sygehusindlæggelser.

Oplevelsen er, at man med funktionen minimerer antallet af unødige akutte indlæggelser. Dermed får patienterne også et mere relevant behandlingstilbud på rette behandlingsniveau.



Perspektiv

Vurderingen hos Hospitalsenhed Midt er, at funktionen giver god mulighed for at finde alternativer til indlæggelse, og udbreder kendskabet om de mange forskellige tilbud, som ikke altid bringes i spil som alternativ til indlæggelse.

Der er samtidig ikke nogen tvivl om, at den fælles sundhedsvisitation kompenserer for strukturelt svære vilkår hos de forskellige aktører for at have et opdateret overblik over de samlede handlemuligheder.

Case: Tværsektoriel hospitalsbehandling i eget hjem

Hvad forsøger Tværsektoriel hospitalsbehandling i eget hjem at kompensere for:

Implementeringen er, at denne case illustrerer et initiativ, der forsøger at udvikle på et sektorafgrænset behov om kapacitet i akutafdelingen. Samtidig forsøger initiativet at sikre en ny samarbejdsform på tværs af sektorer, hvor man i fællesskab søger en løsning, der kan medvirke til at nedbringe antallet af akutte indlæggelser blandt ældre.

Hvad har de gjort og hvorfor?

I 2018 udsprang ideen om at forbedre patientforløb for ældre akut syge patienter ved at tilbyde behandling i patientens eget hjem i stedet for indlæggelse på akutafdelingen. Ideen bygger på udenlandsk forskning, som har vist, at behandling i eget hjem er billigere, at det er bedre for patienterne, og at patienterne er mere tilfredse med deres forløb. Derudover opstod ideen som svar på demografiudfordringer, som forventeligt vil skabe et øget pres på pladser i akutafdelingen.

Fra 1. juni 2022 er projekt opstartet som en forskningsmæssig evaluering. Projektet er opbygget som et klassisk studie med lodtrækning med hhv. 2/3 af patientgruppen i forsøgsgruppen, der tilbydes hospitalsbehandling i eget hjem og 1/3 i kontrolgruppe, der modtager behandling på hospitalet.

For at komme i betragtning til at deltage i projektet, kræver det, at patienten er tilsat fysisk af en læge i det pågældende sygdomsforløb og at en række inklusionskriterier er opfyldt fx at patienten er +65 år. Henvissende læge kontakter da hospitalsvisitationen (se case side 41), og stilles om til en speciallæge i akutafdelingen.

Hvis henvissende læge og speciallægen fra akutafdelingen vurderer, at patienten kan hospitalsbehandles i eget hjem, så overtager lægen i akutafdelingen behandlingsansvaret og det kommunale akutteam involveres for at opstarte behandlingen.

Hver dag går speciallægen og akutteamet telefonisk eller virtuel stuegang med akutteamet som udførende funktion. Hvis patientens tilstand forværres, kommer patienten til tjek på akutafdelingen, hvor speciallægen vurderer om hospitalsindlæggelse er nødvendig eller om behandlingen kan fortsætte i patientens eget hjem.

Forudsætninger og oplevede barrierer

Initiativet kræver et tæt tværsektorielt samarbejde. Det er ressourcetungt at implementere, og det kræver dedikeret tid og arbejdskraft fra en, der kan mingelere rundt i og have forståelse for flere sektorer. Oplevelsen er også, at forarbejdet med involvering af alle relevante parter fra start er væsentligt for at lykkes. Herunder har man indledningsvist arbejdet med en ny fælles forståelse for patientforløbet på tværs.

Kommunernes akutteam har desuden været en væsentlig forudsætning for at lykkes. Initiativet er bl.a. muliggjort af, at akutteamet var veletableret i de involverede kommuner. En barriere i denne forbindelse er økonomien, da en opgave flyttes til kommunerne. De økonomiske incitamenter er generelt en oplevet barriere, som skal løses for at lykkes med initiativet. Bl.a. gives honorar til almen praksis for konferencekald med speciallægen fra akutafdelingen. Pt. er disse forskellige økonomiske elementer finansieret af fondsmidler og midler fra Klyngesamarbejdet.

En udfordring for initiativet er IT-systemer, hvor to journalsystemer medfører manglende indsigt. Helt konkret må det kommunale akutteam ikke igangsætte indsatser før de har noget på skrift. Det har betydet, at sekretærer i akutafdelingen modtager opkald fra akutlægen umiddelbart efter konferencekaldet mellem akutlægen og henvissende læge, og skriver notatet.

Ift. at opbevare medicin er der en lovgivningsmæssig barriere, da kommunerne ikke kan have medicin liggende. Her opstår en geografisk barriere. Det er i projektet løst ved at akutteamet i Silkeborg og Skive Kommune kan hente medicin, udstyr mv. i akutklinikkerne.



”Både hospitalet og kommunerne ser det som et fælles ansvar at løse udfordringen, før nogen bestemmer hvordan man skal gøre det”

– Projektleder, Akutafdelingen



Resultater

I projektets periode viser foreløbige resultater, at ca. 75% udskrives fra eget hjem. Heraf er det kun 8%, der har været til tjek på akutafdelingen under hospitalsbehandling i eget hjem.

Projektet oplever desuden stor tilfredshed fra både patienter, pårørende og medarbejdere. Særligt er patienterne glade for muligheden for behandling i eget hjem, hvor de føler sig trygge, og er i egne omgivelser, som sikrer de kan bevare rutiner.

Akutteamet oplever flere relevante opgaver, men samtidig også, at være bedre klædt på og med relevant og lettilgængelig lægefaglighed.



Perspektiv

Initiativet med hospitalsbehandling i eget hjem giver et reelt alternativ til hospitalsindlæggelse, og potentialet for bedre patientoplevelse samt mindre belastning på pladskapaciteten i akutafdelingerne er stort.

Der er ikke nogen tvivl om at bevægelsen mod mere pleje- og behandling i eget hjem vil være en af de store bevægelser over de næste mange år. På nuværende tidspunkt lykkedes sådanne initiativer i høj grad på trods af strukturelle barrierer, herunder også økonomiske barrierer.

Formaliserede aftaler

Blandt de kommuner, der har afgivet svar på spørgeskemaet, har en betydelig del angivet at have indgået formaliserede aftaler med de øvrige sektorer. Med formaliserede aftaler menes aftaler der er formelt indgået mellem de relevante aktører. Kommunerne blev i den forbindelse bedt om at se bort fra det udvidede behandlingsansvar på 72 timer efter udskrivelse samt IV-aftaler. Der er angivet ca. 1,5 formaliseret aftale pr. kommune.

De fleste aftaler er indgået med almen praksis, mens der er angivet at være indgået næstflest aftaler med sygehusene og en anelse færre med det regionale niveau. Flere kommuner har antageligt givet udtryk for at en aftale er indgået med almen praksis hvis det er almen praksis der er den direkte samarbejdspartner i relation til aftalen, fx ifm. plejehjemslægeordningen.

I tabellen nedenfor ses en oversigt over, hvad der er indgået aftale med de øvrige aktører om at bistå med i den kommunale opgavevaretagelse. Her er sundhedsfaglig bistand til kommunale akutfunktioner, midlertidige pladser og plejehjem samt kommunale botilbud de mest forekomne, og tilsammen udgør de tre fjerdedele af aftalerne.

Disse aftaler vedrører opgaver relateret til afklaring og igangsættelse af behandling uden behov for forudgående sygehusindlæggelse, herunder specifikt og udbredt lægelig bistand til vurdering af behov og igangsættelse af relevante indsatser, der kræver lægelig delegation på plejecentre, botilbud og akutfunktioner samt i mindre grad i borgerens eget hjem.

De formaliserede aftaler er således udtryk for det samme billede, som kan tegnes på baggrund af de indmeldte data vedr. fælles funktioner, og de behov, der søges dækket med aftalerne, er derfor også sammenfaldende.

Tabel 3.10. Opgørelse af formaliserede aftaler indenfor kommunal sundhed

Formaliserede aftaler	Antal formaliserede aftaler	Andel formaliserede aftaler	Andel kommuner som har opgivet denne funktion
Kommunale akutfunktioner	21	23%	53%
Kommunale midlertidige pladser	8	9%	20%
Kommunale plejehjem	28	30%	70%
Kommunale hjemme- og/eller sygepleje	6	7%	15%
Kommunal genoptræning	6	7%	15%
Kommunale botilbud	14	15%	35%
Væresteder eller lign. tilbud	2	2%	5%
Øvrige	7	8%	15%

Note: Én aftale kan godt omfatte flere forskellige samarbejdspartnere – hvilket også er tilfældet. Der er opgivet 92 aftaler, og region, sygehus, almen praksis og andre udgør samarbejdspartnere 114 gange. Det vil sige, at en aftale i gns. har 1,24 samarbejdspartnere.

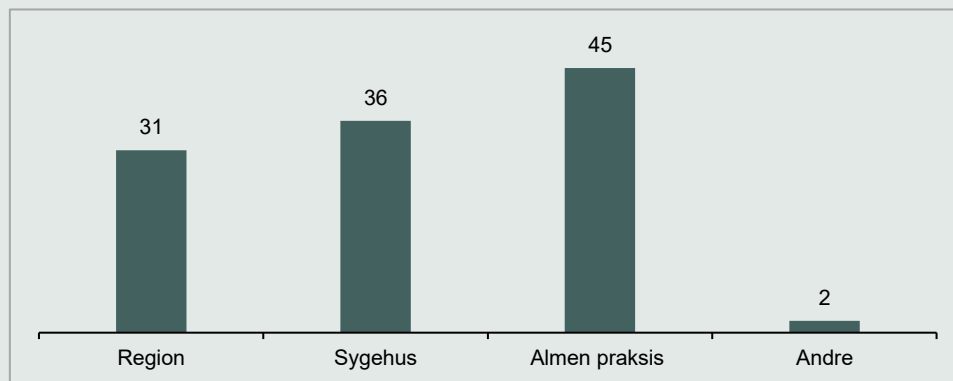
Behov og forventning til udvikling

De 92 indmeldte formaliserede aftaler fra kommunerne understreger, at den kommunale opgavevaretagelse på sundheds- og ældreområde samt det specialiserede socialområde er vanskelig uden at have både almen medicinsk og i flere tilfælde også visse speciallægelige kompetencer til rådighed på en mere fleksibel og tilgængelig måde, end det der er muligt inden for de faste og formelle strukturelle rammer og nationale aftalesæt (fx overenskomster).

Aftalerne viser ligesom de øvrige data og indmeldinger, at det i særlig grad er opgavevaretagelsen på plejecentre/plejehjem, i/på akutfunktioner samt botilbud, der er behov for at styrke.

Der er jf. indmeldingerne indgået relativt få formaliserede aftaler vedrørende lægelig bistand til støtte for den kommunale hjemmepleje og sygepleje. Den igangværende og nødvendige bevægelse mod, at en større andel af borgerne skal forblive i eget hjem og modtage den nødvendige behandling og sygepleje i dette regi, kunne forventes at drive et tiltagene behov for tæt involvering af lægelige kompetencer i opgavevaretagelsen i dette regi. Samtidig kan det ikke afvises, at fraværet af formaliserede aftaler blot er udtryk for, at den gældende overenskomst og de deri definerede ydelser er dækkende for behovet for almen praksis' (borgerens egen praktiserende læges) understøttelse og kvalificering af fx den kommunale sygeplejes arbejde med borgere i eget hjem.

Figur 3.9. Opgørelse af deltagelse i formaliserede aftaler (antal)



Udgående og sektor krydsende aktivitet fra almen praksis

Udviklingen i omfanget af udgående eller udkørende aktivitet i almen praksis er søgt belyst gennem aktiviteten på otte specifikke ydelser i almen praksis, der skal ses som proxy for behovet for udgående og sektor krydsende aktivitet. Det er derfor alene udtryk for tendenser og er ikke et dækkende billede af almen praksis' aktiviteter, som rækker ind i sygehussomatikken, behandlingspsykiatrien og især den kommunale opgavevaretagelse.

De otte ydelser er udvalgt, fordi de er tilføjet overenskomsten inden for de seneste år, og alle kan ses som svar på en række aktuelt underdækkede eller egentligt udækkede behov:

- Almen medicinsk understøttelse af de kommunale akutfunktioner
- Almen medicinsk understøttelse af de kommunale botilbud og tilsvarende
- Almen medicinsk indsatser til borgere i kontakt med øvrige kommunale funktioner
- Almen medicinsk rådgivning til kommunale sundhedsfaglige medarbejdere
- Almen medicinsk somatisk undersøgelse af borgere med psykisk lidelse

Nedenstående tabel viser antallet af udvalgte ydelser leveret af almen praksis i hhv. 2022 og 2023 og den procentvise udvikling i anvendelsen af ydelserne.

Tabellen nedenfor til højre viser, hvordan ydelserne er fordelt på tværs af landets praksisser, hvor den gennemsnitlige årlige anvendelse af ydelserne er angivet. For at belyse variationen på tværs af landets praksisser fremgår også median og det maksimal antal ydelser pr. år af en praksis.

Der er i det følgende af hensyn til analysens formål alene set nærmere på de ydelser, der er anvendt i et vist omfang på landsplan. Gennemsnitstallene og medianværdien pr. ydenummer viser tydeligt, hvilke ydelser, der ikke er bredt anvendt.

Tabel 3.11. Antal ydelser fordelt efter type af ydelse

Ydelse	2022	2023*	Ændring
Opsøgende hjemmebesøg	42.760	41.260	-4%
Sundhedstjek på borgere på botilbud	4.309	4.006	-7%
Lægefaglig vurdering af patienter på kommunal akutfunktion	57.877	70.056	21%
E-konsultation med kommunal akutfunktion	797.731	871.497	9%
Socialmedicinsk telefonkonsultation	41.925	30.691	-27%
Møder på den sikredes arbejdsplads - pr. påbegyndt modul	4.209	4.352	3%
Konsulterende samtale (tillæg til børneundersøgelse)	961	1.590	65%
Fokuseret somatisk undersøgelse	5.826	7.185	23%

Note: Da antallet af ydelser ikke var opgjort for 4. kvartal 2023 ved denne analyses færdiggørelse, er antallet af ydelser i 2023 opskrevet til helårstal pba. af de tre første kvartaler i 2023.

Ydelser relateret til de kommunale akutfunktioner: Opgørelserne viser en betydelig stigning i antallet af almen praksis' ydelser til de kommunale akutfunktioner – dvs. både udgående akutfunktioner og akutpladser. Det store omfang knytter sig til E-konsultationer til de kommunale akutfunktioner, hvor der også ses en stigning på ca. 9 pct. fra 2022 til 2023 svarende til godt 90.000 ydelser. Der ses en endnu større procentvis stigning i antallet af lægefaglige vurderinger af patienter på kommunal akutfunktion på godt 20 pct. svarende til omkring 12.000 ydelser.

Tallene på landsplan dækker dog over en meget stor variation, hvor langt de fleste praksisser ikke anvender ydelserne, mens få anvender dem i et betydeligt omfang svarende til 12 gange hver dag, alle ugens dage fsva. E-konsultation til den kommunale akutfunktion og knap fire gange, alle årets dage fsva. lægefaglig vurdering af patienter på kommunal akutfunktion.

Ydelser relateret til særlig sårbare borgere, herunder borgere med psykiatriske lidelser: Udviklingen ser her ud til at være negativ med undtagelse af en procentvis stigning i antallet af ydelser til borgere med psykiatriske lidelser (Fokuseret somatisk undersøgelse) på 23 pct., som dog antalsmæssigt kun svarer til under én årlig ydelse pr. praksis, hvilket tyder på en meget ringe implementering af ydelserne på pladsplan – eller alternativt et lavt behov for anvendelsen af ydelserne.

Også for disse ydelser viser opgørelsen i tabellen nedenfor en betydelig variation i anvendelsen på tværs af landets praksisser, hvor det generelle billede er, at ca. halvdelen ikke anvender ydelserne, en mindre andel anvender ydelserne i meget begrænset omfang, mens få praksisser anvender ydelserne relativt ofte – eller som illustreret ovenfor – i betydeligt omfang.

Tabel 3.12. Gennemsnitlig antal ydelser pr. ydenummer, 2022

Ydelse	Gns.	Median	Max.
Opsøgende hjemmebesøg	24	14	312
Sundhedstjek på borgere på botilbud	2	0	109
Lægefaglig vurdering af patienter på kommunal akutfunktion	33	13	1.374
E-konsultation med kommunal akutfunktion	451	299	4.428
Socialmedicinsk telefonkonsultation	24	6	1.618
Møder på den sikredes arbejdsplads - pr. påbegyndt modul	2	0	114
Konsulterende samtale (tillæg til børneundersøgelse)	1	0	35
Fokuseret somatisk undersøgelse	3	0	155

Note: Tabellen viser det gennemsnitlige antal ydelser pr. praksis i 2022 (opgjort efter ydenummer) samt median og det maksimale antal ydelser for en praksis fordelt efter typen af ydelse.

Almen praksis

Variation i den udgående og sektorkrydsende aktivitet på tværs af landet

Den betydelige variation i anvendelse af de udvalgte ydelser på tværs af praksisser giver anledning til at undersøge, om der er systematiske, regionale forskelle.

I figuren nedenfor ses således en fordeling af ydemumre inden for de enkelte regioner med angivelse af, hvor meget ydelserne er anvendt i 2022.

Figuren viser begrænsede regionale forskelle på antallet af ydelser. Region Syddanmark og Region Midtjylland har nogenlunde ensartede profiler, hvilket også gælder for Region Nordjylland og Sjælland, mens Hovedstaden har væsentlig flere ydemumre med relativt lav anvendelse af de udvalgte ydelser.

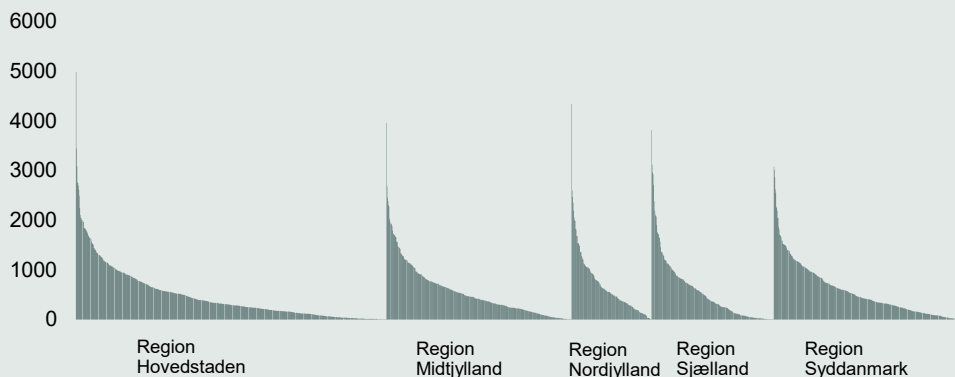
I tabellen nedenfor til højre er data ligeledes fordelt på de fem regioner, hvor det samtidig er muligt at se udviklingen fra 2022 til 2023. For at gøre tallene sammenlignelige er det valgt at tage udgangspunkt i den gennemsnitlige praksisstørrelse på 3.500 borgere per praksis (ikke ydemumre). Uagtet at praksisstørrelserne er forskellige på tværs af landet, er det således muligt at sammenligne anvendelsen af ydelserne, da det også (blot) er udtryk for antallet af ydelser pr. 3.500 borgere.

Særligt interessant kan det konstateres, at anvendelsen af ydelserne pr. gennemsnitlig praksis er klart størst i Region Syddanmark, og at det også er der, den største procentvise vækst mellem 2022 og 2023 har fundet sted. Den laveste gennemsnitlige anvendelse observeres i Region Nordjylland, mens det taget demografien i betragtning er overraskende, at Region Sjælland ligeledes ligger i den lave ende ift. anvendelsen af ydelserne.

Samtidig er der grund til at være forsigtig med at anvende disse data for konkluderende, da det er velkendt, at ydelserne anvendes forskelligt, og at registreringspraksis varierer på tværs af landet og på tværs af praksisser.

Figur 3.10. Antal ydelser per ydemumre fordelt efter region, 2022

Figuren viser hvordan antallet af ydelser fordeler sig på tværs af ydemumre fordelt efter region.



Note: Figuren viser antallet af ydelser pr. ydemumre. I dette antal indgår udelukkende følgende ydelser: 0121, 0123, 0124, 0127, 3201, 3304, 0128, 2150 under specialet Almen Praksis. Der er kun medtaget ydemumre, som har haft registreret de specifikke ydelseskoder i løbet af opgørelsesperioden.

Derfor er den forsigtige analyse, at der er tydelige men også store forskelle inden for i praksissernes anvendelse af ydelserne på tværs af regionerne, og at dette kunne være grundlag for en dybere analyse af den enkelte praksis' forudsætning for at anvende ydelserne og af de respektive kommuners behov. (se side 43).

Danske Regioner beskrev i "Status på indsatser i OK 22", at der var en forventning om, at der i 2023 kun ville blive anvendt 9 ud af de i overenskomstaftalen afsatte 38,4 millioner kroner til de beskrevne ydelser.

På side 40 og 41 ses endvidere eksempler på en række indsatser, der indmeldt af kommunerne, som specifikt omfatter samarbejde mellem almen praksis og kommunerne. En del af disse ligger inden for rammerne af den nationale overenskomst for almen praksis, mens andre ligger ved siden af. Særligt relevant at nævne er en betydelig udvidelse af praksiskonsulentordninger jf. de indmeldte svar, hvor almen medicinere ansættes direkte af kommunen som sundhedsfaglige konsulenter (og altså ikke med udredning eller behandling af enkelte borgere/patienter for øje). Derudover ses der eksempler på samarbejde mellem almen praksis og kommuner om samlokaliserede almen praksis og kommunale sundhedstilbud. Eksemplerne er samtidig udtryk for store variationer på tværs af landet.

Derudover ses der også af svarene på spørgeskemaundersøgelsen i denne analyse en stigning i omfanget af samarbejdet om fast lægedækning af de kommunale plejecentre. En ordning (plejehjemslæger), som ligger inden for rammerne af den gældende overenskomst – og parterne har arbejdet målrettet på at udbrede.

Tablet 3.13. Antal ydelser fordelt efter region

Region	2022	2023*	Ændring*	Ydelse pr. gns. praksis, 2022	Ydelse pr. gns. praksis, 2023*	Faktisk gns. praksis-størrelse	Antal ydemumre 2022**
Region Hovedstaden	294.910	312.618	6%	553	578	2.919	621
Region Midtjylland	203.708	218.169	7%	845	898	3.546	370
Region Nordjylland	108.220	112.368	4%	308	318	3.713	160
Region Sjælland	135.396	147.586	9%	353	380	3.370	244
Region Syddanmark	213.364	239.896	12%	1.262	1.412	3.373	372

Note: Da antallet af ydelser ikke er opgjort for 4. kvartal 2023, er antallet af ydelser i 2023 opskrevet fra de tre første kvartaler. Antallet af ydelser pr. praksis (ikke ydemumre) er beregnet på baggrund af den gennemsnitlige størrelse på en praksis, hvilket er ca. 3.500 borgere. Information om praksisstørrelse stammer fra rapporten "Lægedækning i hele Danmark" fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

**Opgørelsen er afgrænset til ydelser: 0121, 0123, 0124, 0127, 3201, 3304, 0128, 2150 under specialet Almen Praksis. Der er kun medtaget ydemumre som har haft registreret de specifikke ydelseskoder i løbet af opgørelsesperioden.

Betydningen af den kommunale variation vurderet af sygehussomatikken og behandlingspsykiatrien

De største udfordringer knyttet til den kommunale variation er velkendte

Alle sygehusenheder og de fem regionale psykiatrivirksomheder er blevet spurgt, om de oplever væsentlige udfordringer i samarbejdet med kommunerne om patienter, der kan relateres til variation i mellem kommunerne, samt i hvor høj grad disse udfordringer knytter sig til variation på en række forskellige områder. I figuren nedenfor ses fordelingen af svarene, hvor 40 % af sygehusene svarer, at kommunernes variation enten i meget høj grad eller i høj grad skaber udfordringer.

Flere respondenter bemærker eksplicit, at der som udgangspunkt er et godt samarbejde med kommunerne. Samtidig peges der på flere forskellige udfordringer, der kan relateres til forskelle mellem kommunerne. Enkelte understreger, at der er stor variation mellem kommunerne, som kræver gensidig tilpasning at kompensere for – altså at det ikke kun er kommunerne, der skal løse problemerne.

De velbelyste udfordringer knyttet til hjælpemiddelområdet i kommunerne (og behandlingsredskaber på sygehussiden) udpeges også i denne sammenhæng tydeligt som et særligt problemområde, der i høj grad opleves som værende knyttet til den kommunale variation: *"Patienter med behov for hjælpemidler opleves fra sygehusenes side at blive behandlet betydeligt forskelligt fra kommune til kommune og med vidt forskellig 'reaktionstid'".* Her angiver 72 pct. af besvarelserne i meget høj eller høj grad, at variationen skaber udfordringer.

To spørgsmål hænger implicit sammen: Tilgængeligheden til kommunernes akutfunktioner og kommunernes kapacitet til at hjemtage færdigbehandlede patienter. Der svares da også ret ens på de to spørgsmål, hvor mere end halvdelen (henholdsvis 54 pct. og 66 pct.) svarer, at det i meget høj eller høj grad skaber udfordringer, at der er forskelle mellem kommunerne.

For sygehusene er forskellene i den kommunale kapacitet på fx akutpladser eller andre midlertidige pladser (eller reelt set 'flow' og endnu ikke fuldt fungerende med 'sygehuslogik', hvor den mindst syge udskrives, når en borger med større behov modtages). En udfordring, da det betyder, at der skal arbejdes med forskellige

modtagelsesforudsætninger og -muligheder alt efter, hvilken kommune patienterne er hjemboende i.

Det ses, at variationen på dette område opleves at skabe så betydelige udfordringer, fordi det entydigt er kommunernes ansvar at hjemtage lægeligt færdigbehandlede borgere, og at der ovenikøbet er knyttet økonomiske incitamenter (kommunal betaling for 'Færdigbehandlede sengedage').

Derudover er det op til kommunerne, hvordan de varetager modtagelsen og den nødvendige pleje (og behandling) af de lægeligt færdigbehandlede patienter efter hjemtagelsen. Sygehusene efterspørger dog eksplicit mere ensartet kapacitet, når det kommer til akutpladser og tilsvarende, ikke til evnen til at hjemtage patienter til eget hjem.

Udover de i figuren angivne svar, nævnes der blandt andet følgende områder, hvor den kommunale variation vurderes af sygehusene at give væsentlige udfordringer i samarbejdet om patienterne:

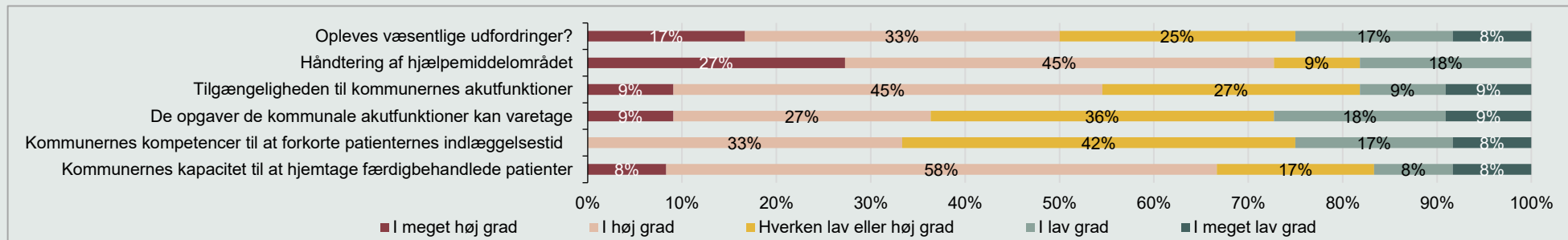
- Forskelle i den telefonisk åbningstid og tilgængelighed hos visitation
- Forskelle i kommunernes fysiske fremmøde på sygehuset ifbm. udskrivningssamtaler
- Forskelle i kommunernes botilbud og øvrige tilbud til socialt udsatte borgere

Behandlingspsykiatriens vurdering af den kommunale variations betydning

Helt gennemgående vurderer respondenterne fra behandlingspsykiatrien, at den kommunale variation i meget høj grad eller i høj grad skaber udfordringer for samarbejdet om patienterne.

Som hos sygehussomatikken er det vurderingen, at udfordringerne knytter til kommunernes forskellige niveauer af kompetencer og kapacitet fører til længere indlæggelsestider end nødvendigt. Der nævnes derudover udfordringer med, at kommunerne har forskellige typer af tilbud og ikke dækker de samme eller tilstrækkelige målgrupper.

Figur 3.11. Svarfordeling på "Oplever I væsentlige udfordringer i samarbejdet om patienter med kommunerne affødt af systematisk variation mellem de enkelte kommuner?"



Betydningen af variationen i sygehussomatikken vurderet af kommunerne

Udfordringer knyttet til variationen blandt sygehuse

I figuren nedenfor ses de kommunale respondents vurdering af betydningen af den variation, der er i sygehuses og sygehusafdelingernes praksis på forskellige områder.

Der opleves bredt set store forskelle i sygehusafdelingernes måde at håndtere udskrivelser på, hvilket opleves at skabe udfordringer set fra kommunal side. Eksempelvis peges der på, at sygehuset ved tidlig udskrivelse af meget komplekse borgere ikke tager afsæt i borgers behov men i stedet forholder sig til sygehusets rammer. Samtidig påpeger samme respondent, at der opleves stor villighed til at samarbejde, men at det er svært at få det implementeret i alle led på sygehuse. Der peges på, at sygehusafdelingerne (forsat) har begrænset viden om eller interesse i, hvilke informationer kommunerne har brug for ved udskrivelse.

Dernæst følger sygehusafdelingernes forskellige praksis, når det handler om patienternes medicin ved udskrivning og mulighederne for efterfølgende opfølgning med sygehuset om medicin. Det nævnes blandt andet eksplicit, at der fra nogle sygehus ofte mangler recepter og opdatering af FMK.

Det giver ligeledes udfordringer for knap 35 pct. af de kommunale respondenter, at der er forskellig praksis fra sygehus til sygehus og også ofte fra afdeling til afdeling, når det gælder adgang til lægefaglig kompetence. Flere respondenter peger på, at 72-timers behandlingsansvaret endnu ikke er implementeret eller rullet fuldt ud på sygehuse, men at der er forventninger om, at det bliver bedre.

I de kvalitative uddybninger påpeger flere, at praksis på tværs af både afdelinger, sygehuse og regioner* er så forskellig, at det er vanskeligt fx at håndtere og klassificere behovet for genoptræningsforløb – blandt andet knyttet til, at der er indgået vidt forskellige samarbejdsaftaler fra sygehuses side.

Enkelte peger på, at der er lav variation – men at det er knyttet til et generelt *meget lavt 'serviceniveau' fra sygehuses side*, når det kommer til samarbejdet om behandlingsredskaber og hjælpemidler til patienterne i forbindelse med udskrivning.

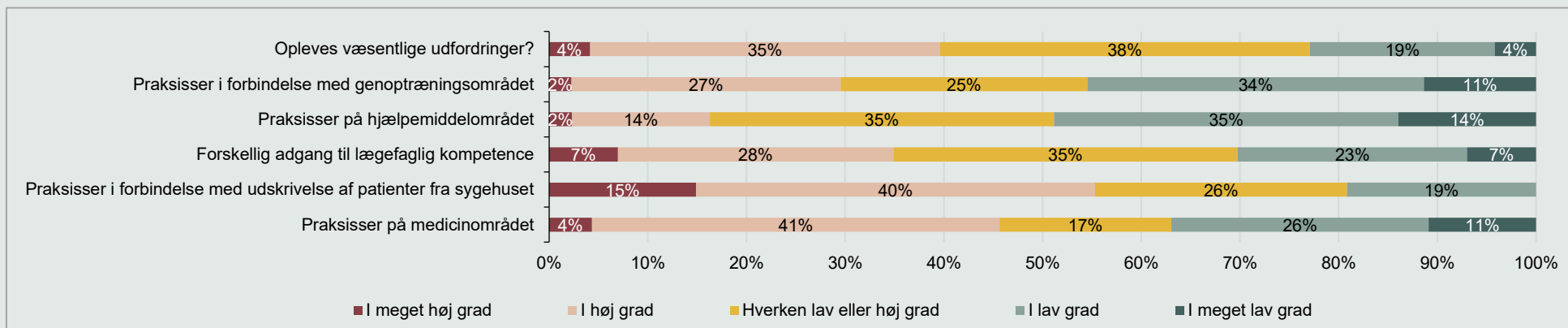
En flere gange nævnt udfordrende variation knytter sig til sygehusafdelingers betydelige forskelle i dokumentations- og kommunikationspraksis.

Som yderligere eksempler på variation, der er udfordrende for kommunerne at agere i forhold til, nævnes forskellige praksisser vedrørende:

- Sondeernæring
- Vurdering af funktionsevne
- Afklaring af lægeligt behandlingsansvar og nogle steder manglende afklaring

* Kommunerne har i flere tilfælde kontakter til flere regioner, fx når der er patienter, der behandles på specialiserede afdelinger lands- og landsdelsfunktioner.

Figur 3.12. Svarfordeling på "Oplever I væsentlige udfordringer i samarbejdet om patienter med sygehuse, affødt af systematisk variation mellem sygehuse og/eller sygehusafdelinger?"



Betydningen af variationen i almen praksis vurderet af sygehussomatikken, kommunerne og behandlingspsykiatrien

Forskellige vurderinger af variationens betydningen på tværs af aktørerne

Figuren nedenfor viser respondenternes vurdering af betydningen af variationen i almen praksis fra henholdsvis behandlingspsykiatrien (baseret på tre svar), kommunerne og sygehussomatikken.

Med forbehold for at tre af de fem regionale psykiatrivirksomheder har besvaret spørgsmålet, er resultatet entydigt. Behandlingspsykiatrien ser samarbejdet med almen praksis som i høj eller meget høj grad udfordret af variationen i almen praksis. Det samme gælder for 40 pct. af respondenterne i kommunerne og en tredjedel af respondenterne fra de somatiske sygehuse.

I sygehussomatikken er der samtidig et flertal af respondenterne, der ser betydningen af variationen som begrænset.

Et gennemgående tema i de kvalitative indmeldinger, der for **kommunerne** illustrerer den store variation og forskellighed i almen praksis, er tilgangen til dosispakket medicin, som tydeligt skaber udfordringer i samarbejdet – og i kommunernes muligheder for at optimere indsatserne til borgerne. Derudover nævnes forskelle relateret til anvendelsen af online-konsultationer og direkte udfordringer for samarbejdet om borgere, der modtager forskellige kommunale indsatser, herunder forskelle i hvordan lægerne ønsker at kommunikere (via medcom, telefon, akutnumre mv.). Det betragtes som en udfordring, *”fordi sygeplejerskerne på plejecentrene skal forholde sig til de forskellige lægehuse og deres individuelle ønsker til kommunikation.”*

En enkelt respondent understreger, at der er en særlig udfordring knyttet til samarbejdet med (nogle) regionsklinikker og udbudsklinikker, fordi den kommunale sygeplejerske har svært ved at komme i kontakt med en almen mediciner og i stedet får kontakt til en sygeplejerske ansat i praksissen, hvilket jf. respondenterne ikke er relevant.

Sygehussomatikkens respondenter nævner ligeledes almen praksis' vidt forskellige krav/ønsker til kommunikationskanaler og formater som udfordrende for samarbejdet, ligesom variationen i praksisernes interesse i at modtage information fra sygehuse udfordrer samarbejdet.

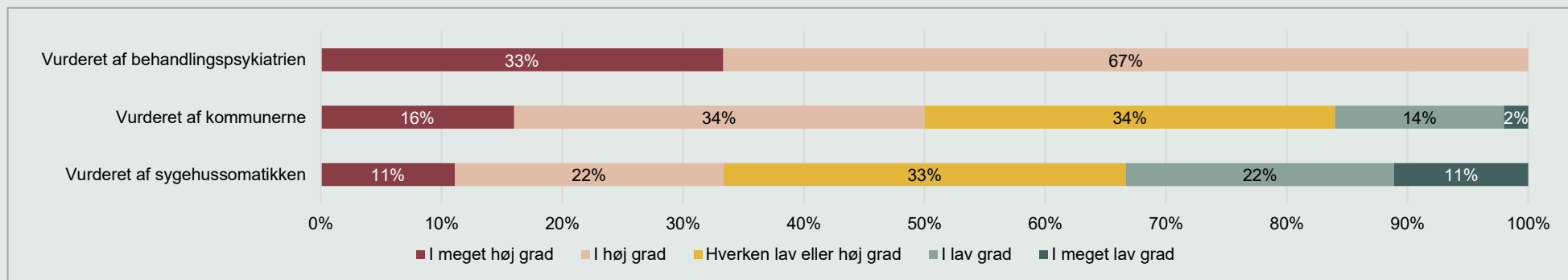
Derudover peges der på vanskeligheder med at lave brede aftaler med almen praksis, fordi det forudsætter bilaterale dialoger med hver eneste praksis. Enkelte respondenter peger desuden på, at der er betydelige forskelle i, hvilke undersøgelser og andre procedurer de forskellige almen praksisser rent faglig ser sig i stand til at varetage. Også det ses som udfordrende for samarbejdet og udviklingen af en mere fælles opgavevaretagelse.

Fra **behandlingspsykiatriens** side peges der ligeledes på en stor og uhensigtsmæssig variation hos almen praksis' kompetencer. Der peges på, at en del praktiserende læger har ikke de fornødne kompetencer til fx at behandle patienter med depression sufficient eller til at varetage behandling af børn og unge i medicinsk behandling for ADHD.

Denne analyse har ikke omfattet indsamling af **almen praksisernes** vurdering af betydningen af variationen hos de øvrige aktører. I en række andre analyser og sammenhænge er det dog afdækket, at mange af landets praksisser især ser det som udfordrende, at kommunerne har forskellige tilbud og forskellige indgange.

Generelt set må det derfor med rimelighed konstateres, at der er betydende variationer at finde hos alle de forskellige aktører på sundhedsområdet, og at disse gensidigt ses som værende udfordrende for samarbejdet. Dette på trods af mange års arbejde med forløbsprogrammer, sundhedsaftaler, opdaterede overenskomstaftaler og meget mere.

Figur 3.13. Svarfordeling på ”Oplever I væsentlige udfordringer i samarbejdet om patienter med almen praksis, affødt af systematisk variation mellem de enkelte praksisser?”



Betydningen af variationen i sygehussomatikken og i almen praksis vurderet af kommuner – regionale forskelle

Regionale forskelle i betydningen af variationen mellem sygehuse for samarbejdet om patienterne

På forrige side er beskrevet de variationsudfordringer i sygehuses og sygehusafdelingernes praksis, som kommunerne oplever. På denne side betragtes forskelle på tværs af de fem regioner i kommunernes vurdering af variation og tilknyttede udfordringer.

Figuren nedenfor illustrerer, at der er betydelige forskelle i vurderingen. Som eksempel vurderer de kommunale respondenter sygehuse i Region Sjælland gennemsnitligt til 3,44 på det konkrete spørgsmål, mens sygehuses i Region Midtjylland i den anden ende af skalaen får en gennemsnitlig vurdering på 2,90. De øvrige tre regioners sygehuse vurderes nogenlunde ens af de kommunale respondenter – dog stadig med et gennemsnit, som er til den mere negative side.

Det er derfor rimeligt at konstatere, at der ikke er en gennemgående eller i hvert fald ensartet skepsis overfor sygehuse, men at det formentlig er forskelle i måderne, sygehuse agerer på inden for de fem regioner, som opleves at skabe forskellige niveauer af udfordringer for patienternes bopælskommuner.

Regionale forskelle i betydningen af variationen i almen praksis for samarbejdet om patienterne

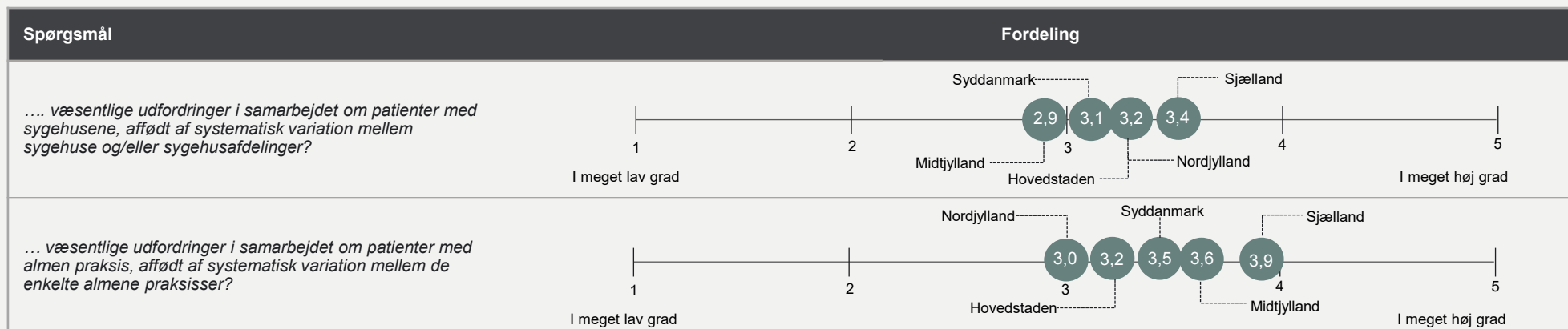
Af figuren nedenfor ses de regionale forskelle i kommunernes vurdering af betydningen af den oplevede variation, der er på tværs af almen praksis.

Mens de negative konsekvenser af variationen i almen praksis vurderes størst i Region Sjælland og en anelse mindre i Region Midtjylland og i Syddanmark, placerer Region Nordjylland sig med den mindst negative vurdering.

Generelt er det en relativt gennemgående vurdering, at der er en meget høj til høj grad af negative konsekvenser af variationen i almen praksis – sammenlignet med vurderingen af variationen mellem sygehuse. Det er statistisk set ikke overraskende, da antallet af almen praksisser er betydeligt større end antallet af sygehusafdelinger i landet og inden for de enkelte regioner.

Figur 3.16. Svarfordeling på ”Oplever i...”

Figuren angiver et gennemsnit af respondenternes svar på en skala fra 1-5, hvor 1 er ”i meget lav grad” og 5 er ”i meget høj grad”. Et lavt gennemsnit ville altså afspejle, at respondenterne i lav grad vurderer, at der er en relevant repræsentation af aktører i sundhedsklyngen, hvorimod et højt gennemsnit vil afspejle, at mange respondenter vurderer i høj grad.



Note: Pointfordelingen afspejler i hvor høj grad den systematiske variation mellem de enkelte kommuner knytter sig til de respektive områder. Besvarelsen ”I meget høj grad” er lige 5 point, ”I høj grad” 4 point og så fremdeles. En høj score er dermed udtryk for, at respondenterne i højere grad mener at den systematiske variation knytter sig til det pågældende område. Variation fordelt på region er kun udført set fra Kommunal Sundheds side, da antallet af besvarelser fra behandlingspsykiatrien og hospitals-somatikken ikke tillader herfor.

Strukturelle perspektiver på sektorkompenserende indsatser og variation

I dette afsnit giver Implement en kort perspektivering af de præsenterede resultater med fokus på strukturer og variationer.

Strukturer, der understøtter eller vanskeliggør sammenhæng?

- Omfanget af strukturkompenserende indsatser, der inden for de seneste fem år er etableret og igangsat fra især kommuner, sygehussomatik og til dels behandlingspsykiatrien illustrerer, at de eksisterende strukturer og tilhørende opgavefordelinger ikke uden tilpasninger og tilføjelser modsvarer de aktuelle behov.
- En hastig udvikling i sundhedsvæsenet – opgaver der med fordel kan og bliver udført i andre kontekster fremadrettet, samt en stadigt stigende specialisering af sygehusindsatserne udfordrer de eksisterende strukturelle rammer. Det gælder ikke mindst de kompetencemæssige forudsætninger for at løse stadigt mere komplicerede og sammensatte sundhedsrelaterede opgaver, der hvor borgerne/patienterne er.
- Stigende erkendelse af, at sygehusindlæggelser for mange patienter reelt er et dårligere og dyrere tilbud end indsatser, som kan iværksættes til patienterne i eget hjem eller i nærmiljøet. I kombination med et uholdbart pres på akutmodtagelserne, er der derfor meget udvikling rettet mod at undgå sygehusindlæggelser ved at etablere alternativer for borgere/patienter i eget hjem. Men det er helt entydigt initiativer, der vokser frem på trods af en struktur, og at aktørerne derfor skal ud i ufrugtbare diskussioner om ansvars- og ressourcefordelinger – samt særdeles kompliceret og vanskelig økonomisk omfordeling.
- Der er aktuelt og i stigende grad - blandt andet drevet af det demografiske dobbeltpres – behov for at opnå den maksimale effekt af de indsatser, der leveres. Det forudsætter langt mere integration af indsatserne og sammenhæng i indsatserne. Det udfordres af de eksisterende strukturelle rammer, der både lovgivningsmæssigt og organisatorisk understøtter en mere sekventiel opgavevaretagelse. Færre patient- og borgerforløb kan håndteres relevant og optimalt isoleret i en af de eksisterende sektorer.
- Det er i forlængelse heraf samtidig tydeligt, at der også inden for de enkelte sektorer, aktuelt og i voksende omfang, sker en fragmentering af indsatserne og kapaciteterne. Det tydeligste eksempel ses på sygehusene, hvor subspecialiseringen og de incitamenter, der er til at fokusere på stadigt smallere og dybere ekspertiseområder, modvirker behovet for sammenhæng og ressourceeffektivitet i indsatserne.
- Det er samlet set vanskeligt ikke at konkludere, at de nuværende strukturelle rammer kræver ret så omfattende kompenserende arbejde fra alle parter for at modvirke de uhensigtsmæssige effekter og skabe sammenhæng på tværs af sektorerne. Samtidig er der uanset struktur altid behov for opmærksomhed på de uhensigtsmæssigheder, der følger. Det vil det derfor også være i en eventuel ny struktur for sundhedsvæsenet. De nuværende strukturer virker dog til være blevet overhalet af udviklingen både fsva. behov og muligheder fx når det kommer til de nødvendige kompetenceprofiler for løsningen af opgaverne i borgerens eget hjem, hvorfor det kan se ud til, at udfordringerne knyttet til strukturerne overstiger fordelene.
- Variationen på tværs af landet i de forskellige aktørers tilgange, indsatser, serviceniveauer og så videre er ret så betydelig. Det betyder ikke i sig selv, at der er udfordringer knyttet til alle variationer. (Fortsættes)
- (Fortsat) Ofte er det svar på forskellige behov, lokale handlemuligheder og ikke mindst niveauet af personlige relationer. Der er dog en så stor andel af respondenterne, som udpeger variationerne som årsag til betydelige udfordringer.
- Det betyder, at der i overvejelserne om eventuelle strukturelle justeringer eller ændringer, bør være et blik på, hvordan uhensigtsmæssige variationer kan undgås. Det kan i hvert fald konstateres, at der er meget få muligheder i den nuværende struktur for at reducere den uhensigtsmæssige variation, der reducerer effektivitet, kvalitet og herunder sammenhæng i indsatserne (noget der rammer særligt udsatte borgere hårdest og dermed også øger uligheden i sundhed). Det vidner mange års og ikke mindst de senere års bestræbelser afdækket i forbindelse med denne analyse på tydelig vis om.
- Da den seneste strukturreform (2007) – for så vidt angår sundhedsområdet – havde primært fokus på at reformere sygehusvæsenet, er der i særlig grad grund til at reformere og opdatere den del af sundhedsvæsenet, der aktuelt varetages af kommuner, almen praksis og praksissektoren i øvrigt. De mange lokale tiltag, der er sat i værk for at opdatere og modernisere denne del af sundhedsvæsenet siden da viser tydeligt behovet for at opdatere og modernisere disse dele. Uden er det er vanskeligt at se, hvordan sundhedsvæsenet tilstrækkeligt hurtigt og effektivt skal gøres bæredygtigt og kunne imødegå aktuelle og fremtidige behov.
- Et strukturelt 'designkriterie', der kan stilles op, omfatter at lade de fremtidige organisatoriske rammer omfavne de kompetencemæssige behov og grupperinger, der er forudsætninger for at levere tilstrækkeligt kvalitet og sammenhæng i indsatserne til patienterne/borgerne. Fx kompetencer til vedligehold og forbedring af funktionsevne, sygeplejekompetencer samt forskellige speciallægelige kompetencer – også udover almen medicin.
- Dette kan derudover med fordel understøttes af økonomiske styringsprincipper, så der er fuldt sammenfald i incitamenterne hos de aktører, der sammen skal og kan skabe den værdi og de resultater, der skal skabes. Der er samtidig et stærkt rationale i at samle det økonomiske ansvar for både indsats (fx forebyggelse af forværringer hos kronikere) og effekt (levering af mindre omkostningstunge indsatser tæt på borgerne frem for dyre sygehusindlæggelser), så konsekvenserne af prioriteringer – både negative og positive – falder i egen sektor og indenfor eget budgetansvar.



Det kræver meget arbejde og mange ressourcer at vedligeholde det tværsektorielle samarbejde.

– Regional deltager i sundhedsklynge

B. Bilag

Bilag 1: Spørgeskema vedrørende sundhedsklyngernes implementeringsstatus

Møder og deltagere

	Politisk niveau	Faglig/strategisk niveau
Hvor mange møder har I afholdt møder til og med oktober 2023?		
Hvad er den gennemsnitlige varighed af møderne (ca.)?		
Hvor mange møder planlægger I at afholde årligt fremadrettet?		
Udover de faste medlemmer, hvor mange øvrige deltagere med aktiv rolle er der typisk med på møderne (fx ad hoc deltagere)?		
Udover de faste medlemmer, hvor mange øvrige deltagere med passiv deltagelse er der typisk med på møderne (understøttende funktioner, konsulenter, m.v.)?		
Hvad er den gennemsnitlige fremmødepct. blandt de faste regionale medlemmer (ca.)?		
Hvad er den gennemsnitlige fremmødepct. blandt faste kommunale medlemmer (ca.)?		
Hvad er den gennemsnitlige fremmødepct. blandt faste repræsentanter fra almen praksis (ca.)?		
Hvad er den gennemsnitlige fremmødepct. blandt brugerrepræsentanter (ca.)?		

Hvis I har præciseringer eller uddybninger til ovenstående, kan I skrive dem her:

Yderligere fora

Er der etableret yderligere fora udover det politiske og faglige/strategiske niveau som er direkte orienteret mod sundhedsklyngernes arbejde, eller er der lavet yderligere inddelinger af det politiske og/eller faglige/strategiske niveau (fx direktør- og chefforum)? Beskriv kort konstruktion og rationale:

Der er etableret en erstatning for KSS på det operationelle niveau. Et forum på voksenområdet, som indeholder både somatik og psykiatri og et tilsvarende for børneområdet. I disse fora deltager ledere fra den direkte drift i hhv. kommuner, sygehus mv.

Igangsatte initiativer

Hvilke initiativer er igangsat og/eller er under drøftelse? Udfyld skemaet neden for (tilføj eventuelt flere rækker, hvis nødvendigt)

Overskrift på initiativ	Psykiatri eller somatik	Primær målgruppe: Børn/unge eller voksne/ældre?	Implementerings-status *	Økonomi afsat til initiativet

- * Brug gerne følgende kategorier: "Under drøftelse", "Besluttet men ikke igangsat", "Under implementering/gennemførelse", "Implementeret/gennemført"

Hvis I har præciseringer eller uddybninger til ovenstående, kan I skrive dem her:

...

Arbejdsgrupper

Har I indtil videre nedsat arbejdsgrupper? Beskriv gerne arbejdsgrupperne i skemaet neden for (tilføj eventuelt flere rækker, hvis nødvendigt).

Arbejdsgruppe	Arbejdsgruppens opgave (kort)	Bemanning af arbejdsgruppen

Hvis I har præciseringer eller uddybninger til ovenstående, kan I skrive dem her:

...

Økonomi

Spørgsmål	Ja	Nej
Er der afsat økonomiske ressourcer til udmøntning i klyngesamarbejdet udover de nationalt afsatte klyngemidler?		

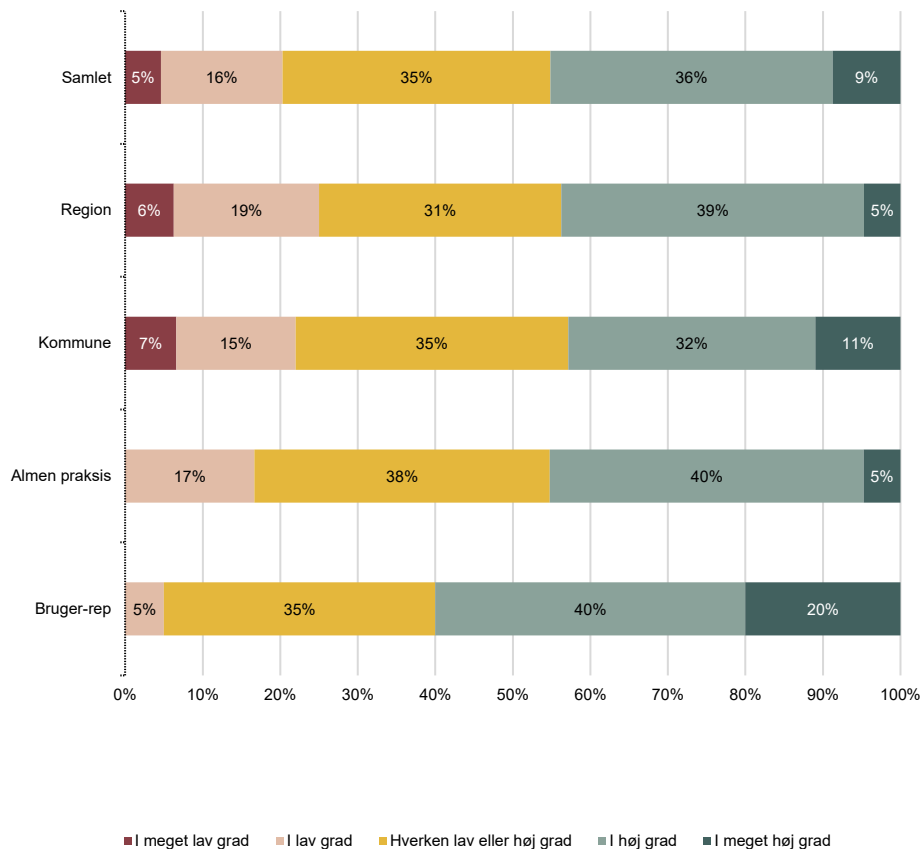
Hvis I har svaret "ja" til ovenstående, hvor meget er der afsat og til hvad?

...

Hvor mange administrative årsværk er der dedikeret til understøttelse af sundhedsklyngen på tværs af alle aktørerne? Angiv skøn i hele årsværk:

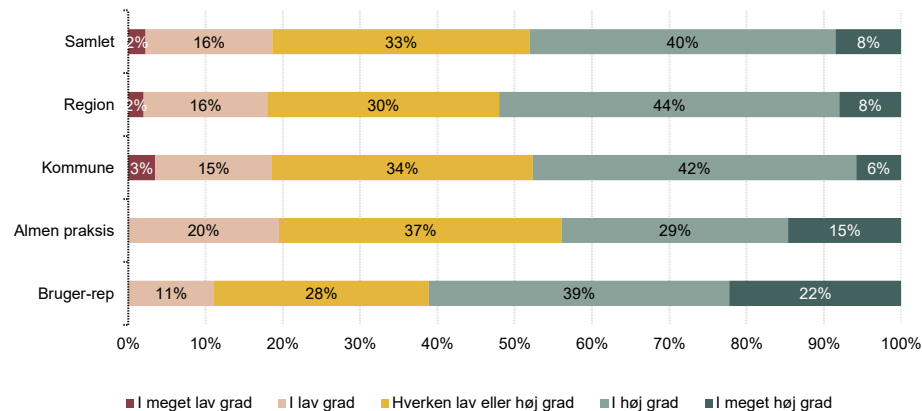
Spørgsmål: "Vurderer du at sundhedsklyngerne muliggør at sektorerne i fællesskab kan skabe mere sammenhængende forløb med patienter med behov for både somatisk og psykiatrisk behandling?"

Somatikken og psykiatrien, opdelt efter respondent type

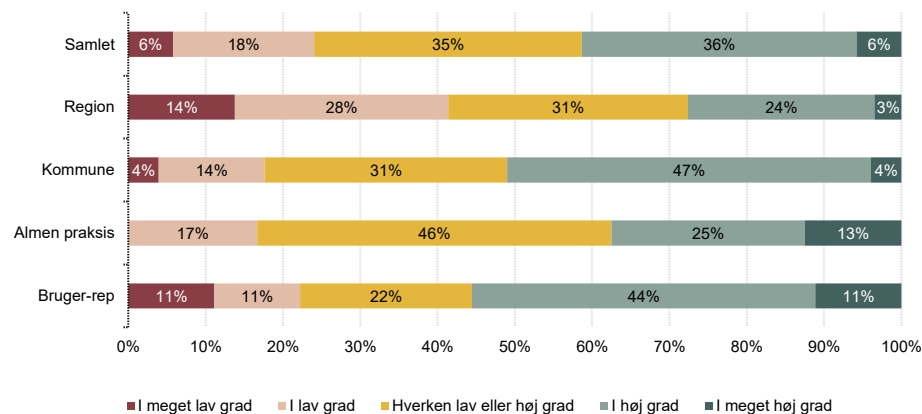


Spørgsmål: "Vurderer du at sundhedsklyngerne muliggør at sektorerne i fællesskab kan sikre sammenhæng i behandlings- og rehabiliteringsforløb på tværs af sundhedsområdet?"

Somatikken, opdelt efter respondent type

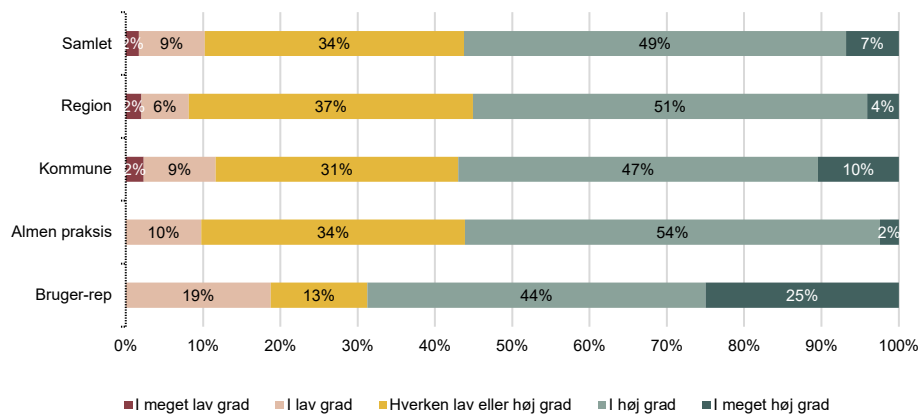


Psykiatrien, opdelt efter respondent type



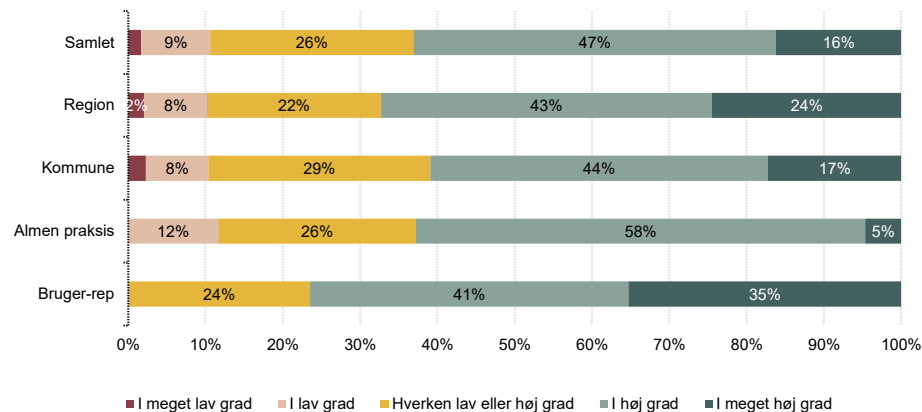
Spørgsmål: "Vurderer du at sundhedsklyngerne muliggør at sektorerne i fællesskab kan sikre implementeringen af nationale eller lokalt prioriterede initiativer til styrket sammenhæng, nærhed og omstilling?"

Somatikken, opdelt efter respondent type

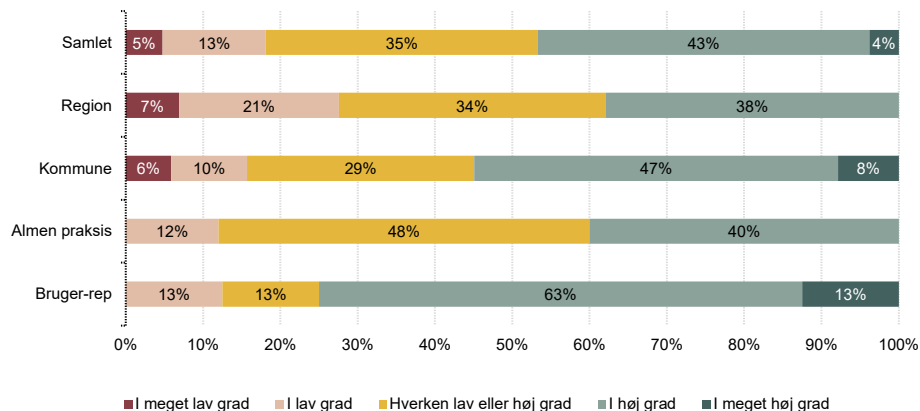


Spørgsmål: "Vurderer du at sundhedsklyngerne muliggør at sektorerne i fællesskab kan håndtere praktiske udfordringer og muligheder i sundhedsklyngen, herunder igangsætte relevante samarbejdsprojekter målrettet?"

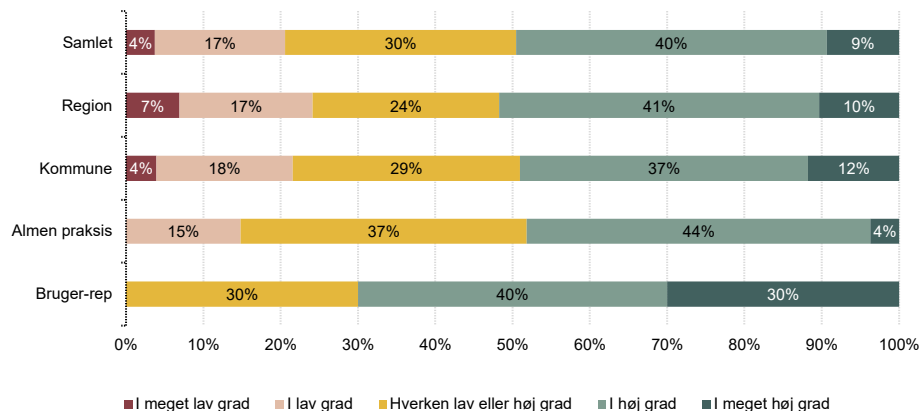
Somatikken, opdelt efter respondent type



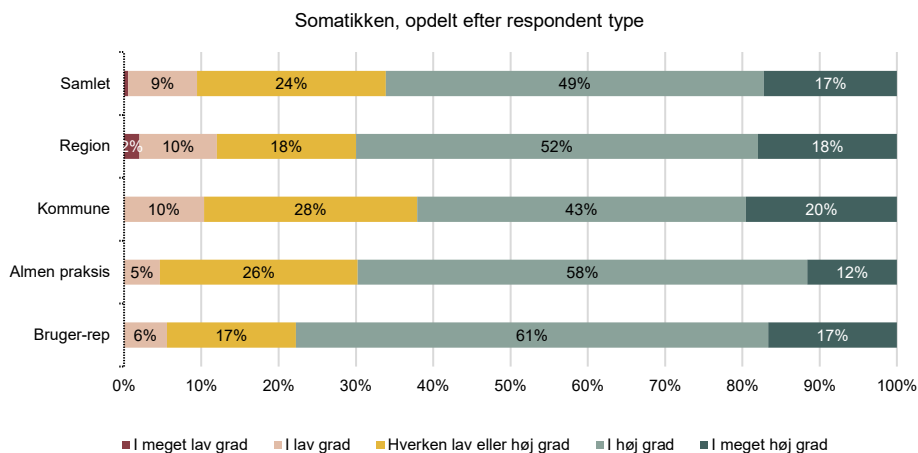
Psykiatrien, opdelt efter respondent type



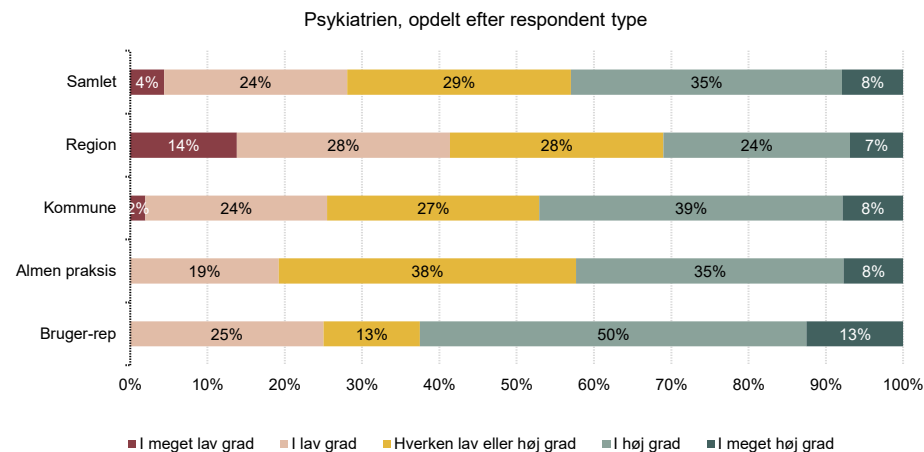
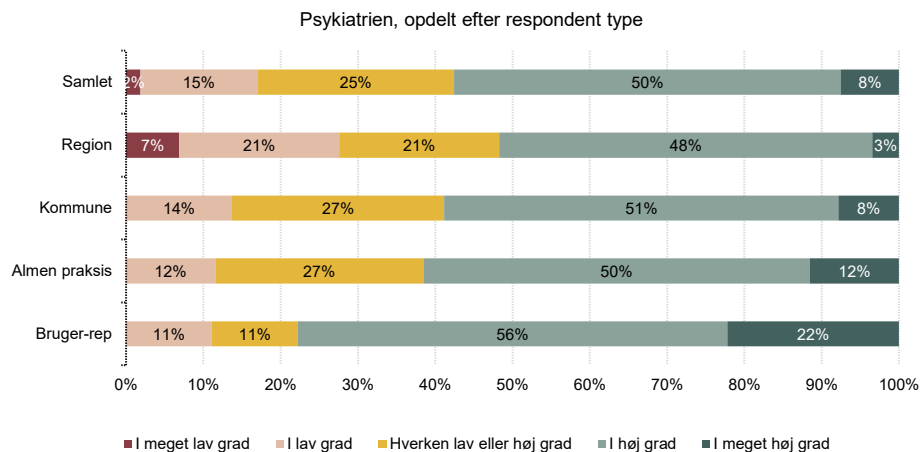
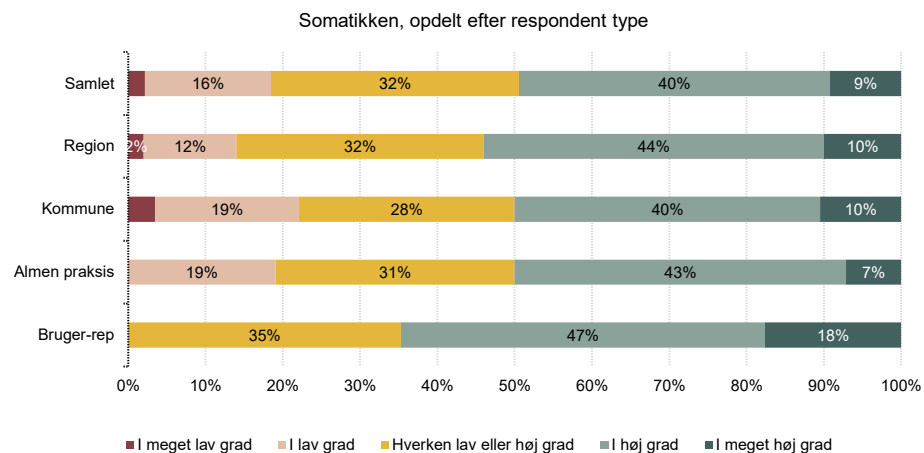
Psykiatrien, opdelt efter respondent type



Spørgsmål: "Vurderer du at sundhedsklyngerne muliggør at sektorerne i fællesskab kan udvikle og aftale lokale modeller for bla. bedre forløb med fokus på styrket kvalitet og øget nærhed?"

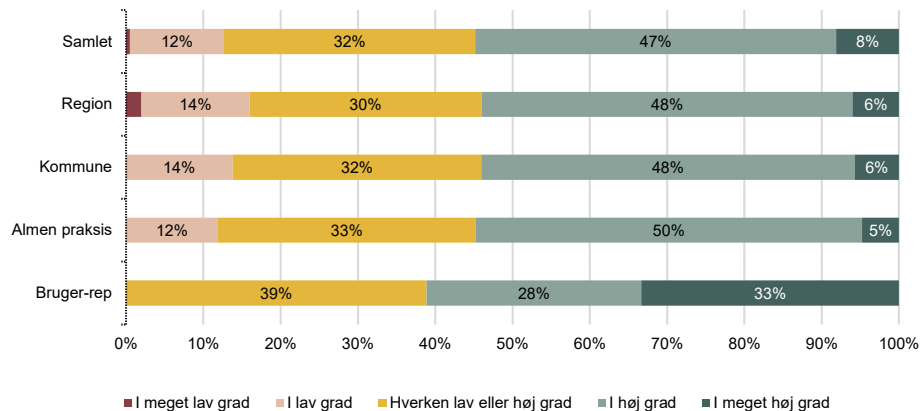


Spørgsmål: "Vurderer du at sundhedsklyngerne muliggør at sektorerne i fællesskab kan være en drivende kraft for styrket kvalitet, sammenhæng og omstilling i det nære sundhedsvæsen?"

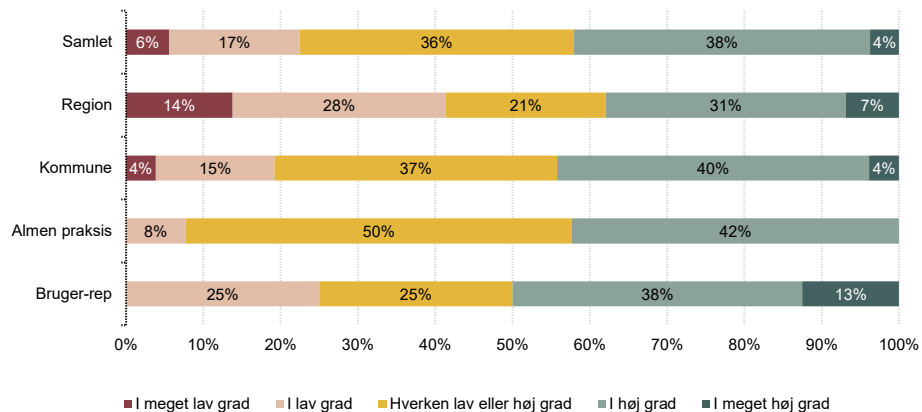


Spørgsmål: "Vurderer du at sundhedsklyngerne muliggør at sektorerne i fællesskab kan tage hånd om borgernes behov med fokus på at sikre konkrete løsninger for bedre sammenhæng, kvalitet og øget nærhed?"

Somatikken, opdelt efter respondent type



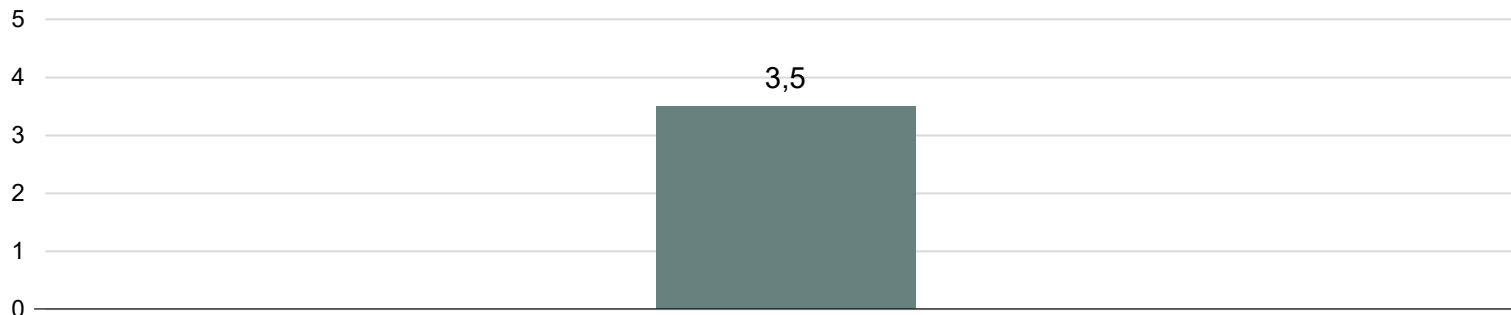
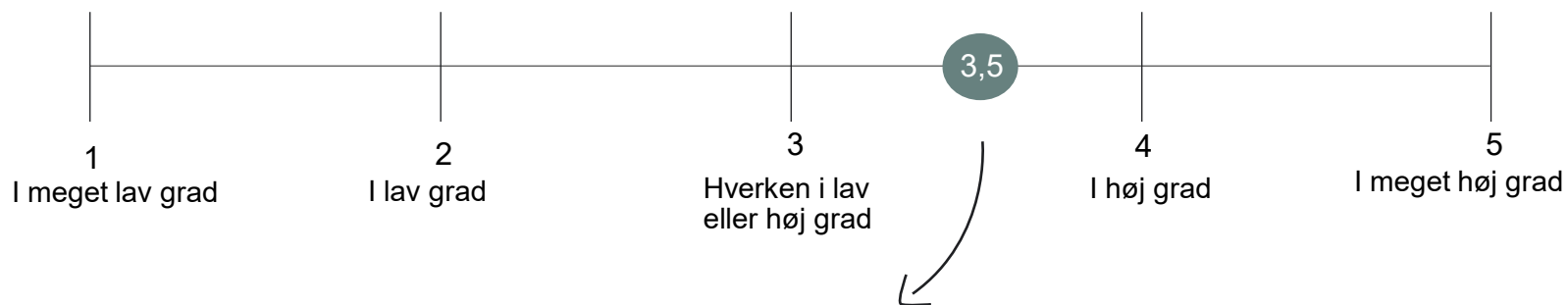
Psykiatrien, opdelt efter respondent type



Forklaring på figurtype

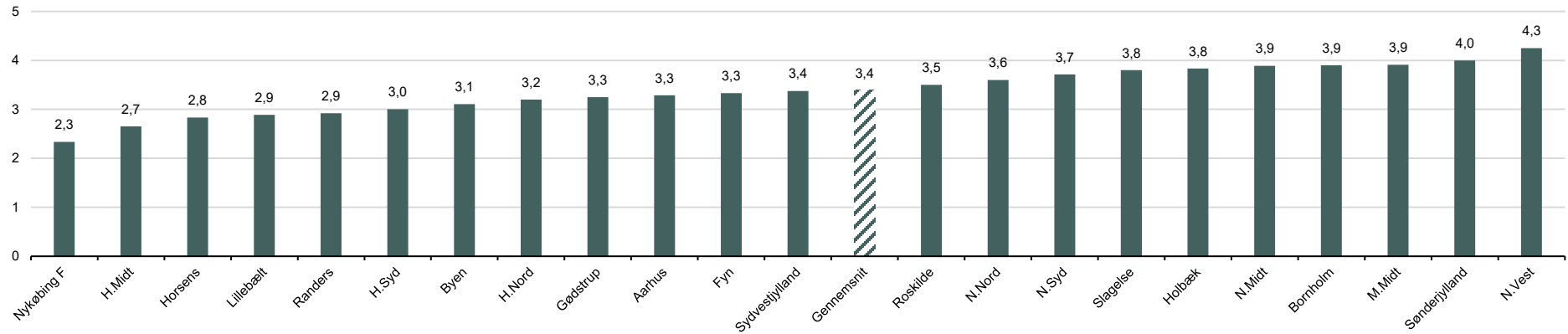
De efterfølgende bilag vil indeholde figurer, der angiver et gennemsnit af respondenternes svar på en række udsagn, på en skala fra 1 til 5. I disse besvarelser svarer tallet 1 til, at respondenterne "i meget lav grad" er enig med udsagnet og tallet 5 vil afspejle, at respondenterne "i meget høj grad" er enig i udsagnet. Dette er illustreret i nedenstående figur.

Et lavt gennemsnit ville altså afspejle, at respondenterne i lav grad vurderer, at der er en relevant repræsentation af aktører i sundhedsklyngen, hvorimod et højt gennemsnit vil afspejle, at mange respondenter vurderer i høj grad. I figurerne på de efterfølgende sider, at dette tal præsenteret som søjlediagrammer, af hensyn til antallet af bilag.



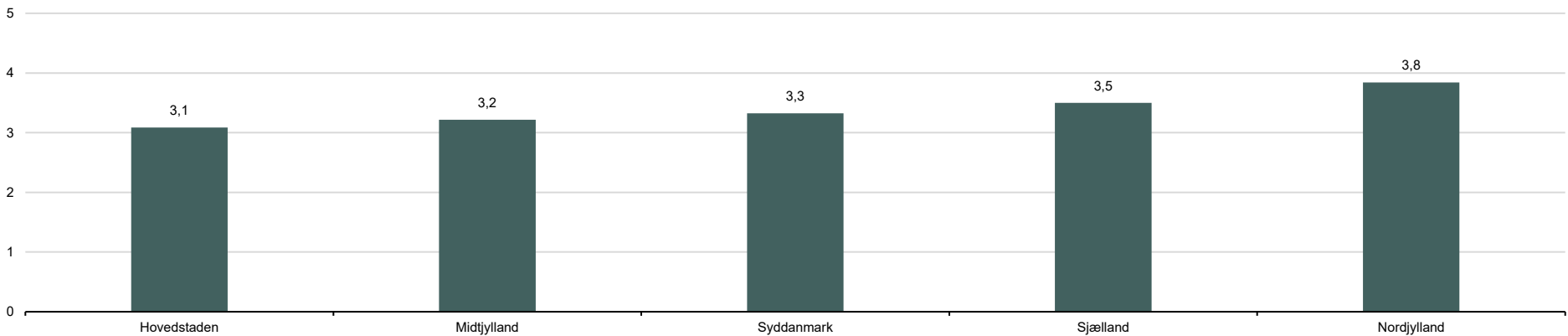
Bilag 2: Uddybende data om klyngedeltagernes vurdering af sundhedsklyngernes potentiale (5/11)

Spørgsmål: Vurderer du at sundhedsklyngerne muliggør at sektorerne i fællesskab kan ... - ... skabe mere sammenhængende forløb med patienter med behov for somatisk og psykiatrisk behandling

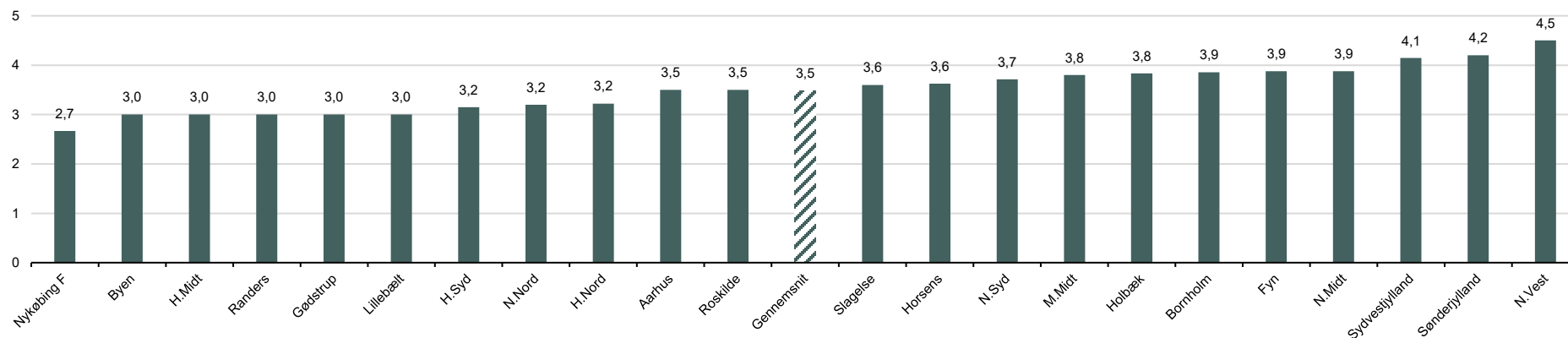


Note: Grafen er lavet for det somatiske område og bruger-repræsentanter er ikke medtaget. Antallet af respondenter pr. sundhedsklynge varierer fra 3 til 25.

Gennemsnit for somatikken, opdelt efter region

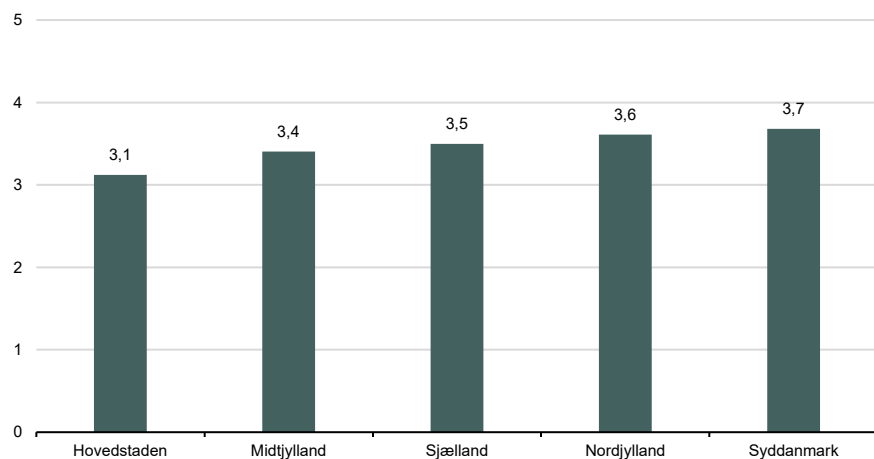


Spørgsmål: Vurderer du at sundhedsklyngerne muliggør at sektorerne i fællesskab kan ... - ... kan sikre sammenhæng i behandlings- og rehabiliteringsforløb på tværs af sundhedsområdet

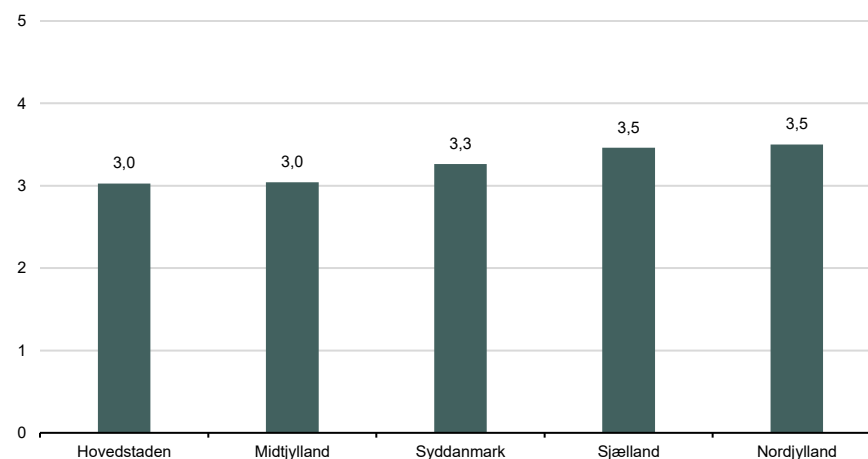


Note: Grafen er lavet for det somatiske område og bruger-repræsentanter er ikke medtaget. Antallet af respondenter pr. sundhedsklynge varierer fra 3 til 20.

Gennemsnit for somatikken, opdelt efter region

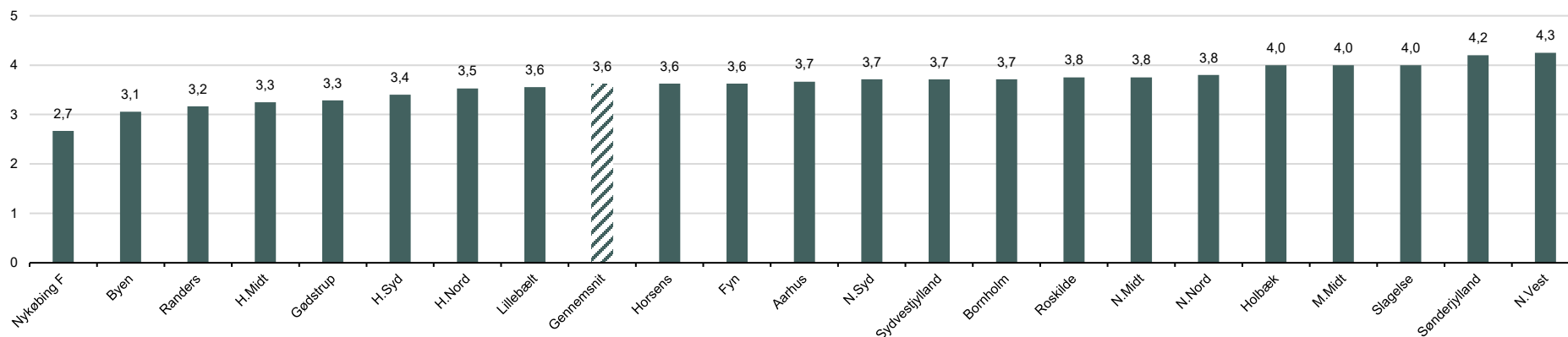


Gennemsnit for psykiatrien, opdelt efter region



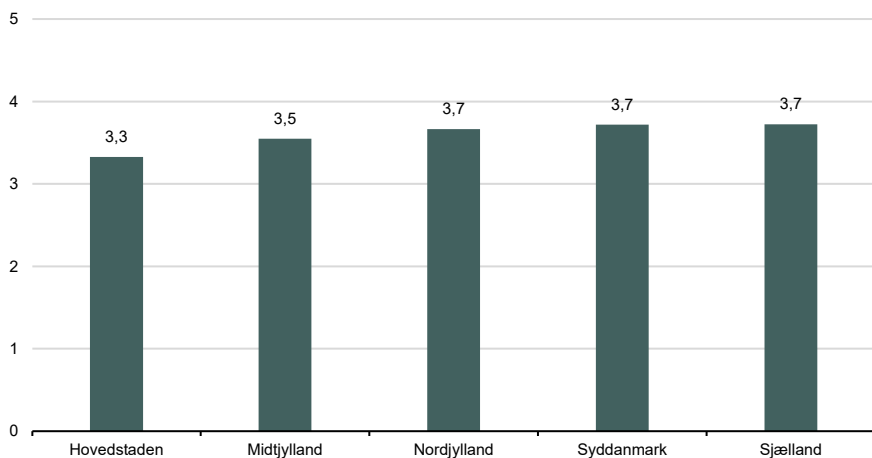
Bilag 2: Uddybende data om klyngedeltagernes vurdering af sundhedsklyngernes potentiale (7/11)

Spørgsmål: Vurderer du at sundhedsklyngerne muliggør at sektorerne i fællesskab kan ... - ... sikre implementeringen af nationale eller lokalt prioriterede initiativer til styrket sammenhæng, nærhed og omstilling

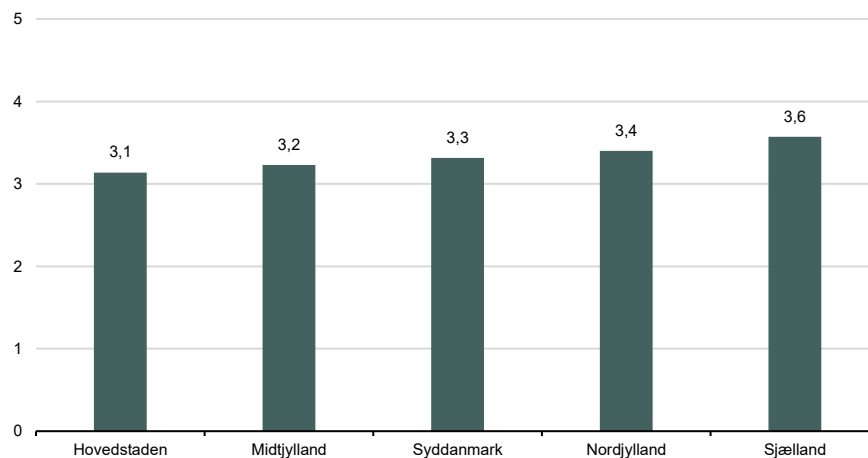


Note: Grafen er lavet for det somatiske område og bruger-repræsentanter er ikke medtaget. Antallet af respondenter pr. sundhedsklynge varierer fra 3 til 20.

Gennemsnit for somatikken, opdelt efter region

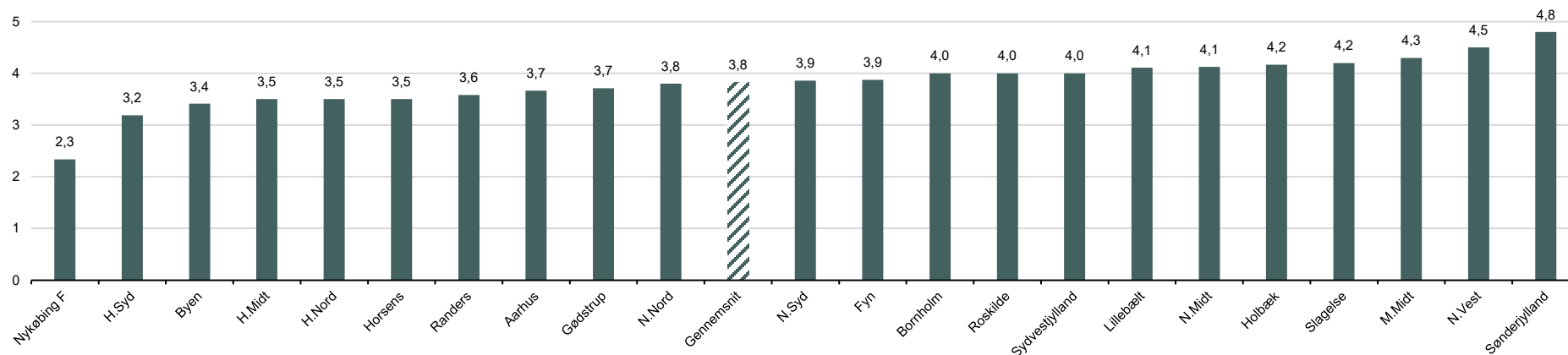


Gennemsnit for psykiatrien, opdelt efter region



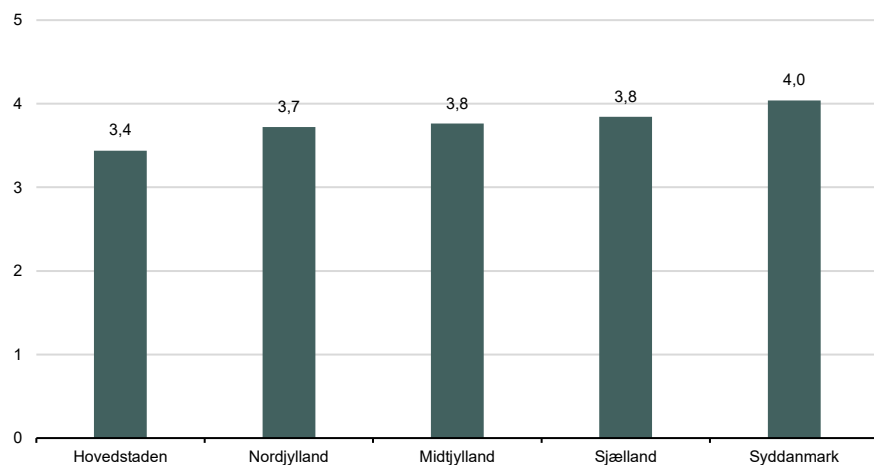
Bilag 2: Uddybende data om klyngedeltagernes vurdering af sundhedsklyngernes potentiale (8/11)

Spørgsmål: Vurderer du at sundhedsklyngerne muliggør at sektorerne i fællesskab kan ... - ... håndtere praktiske udfordringer og muligheder i sundhedsklyngen, herunder igangsættelse af relevante samarbejdsprojekter målrettet

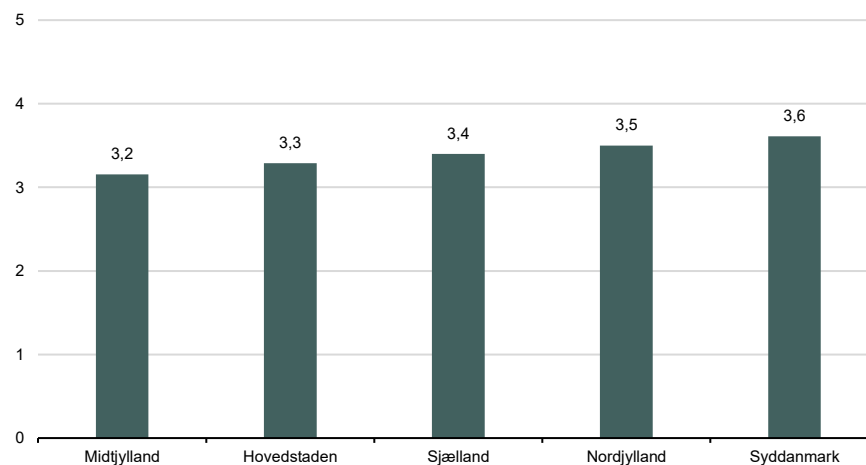


Note: Grafen er lavet for det somatiske område og bruger-repræsentanter er ikke medtaget. Antallet af respondenter pr. sundhedsklynge varierer fra 3 til 21.

Gennemsnit for somatikken, opdelt efter region

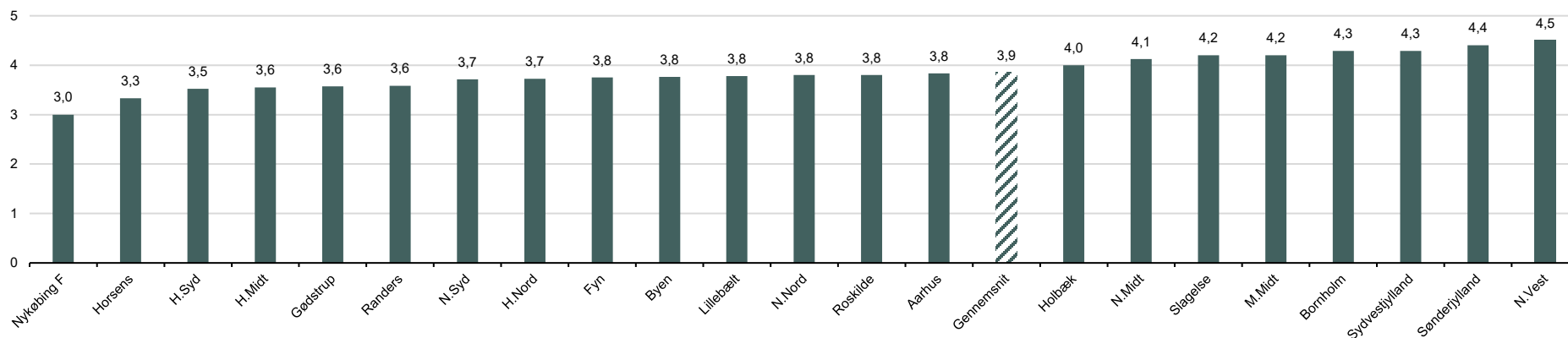


Gennemsnit for psykiatrien, opdelt efter region



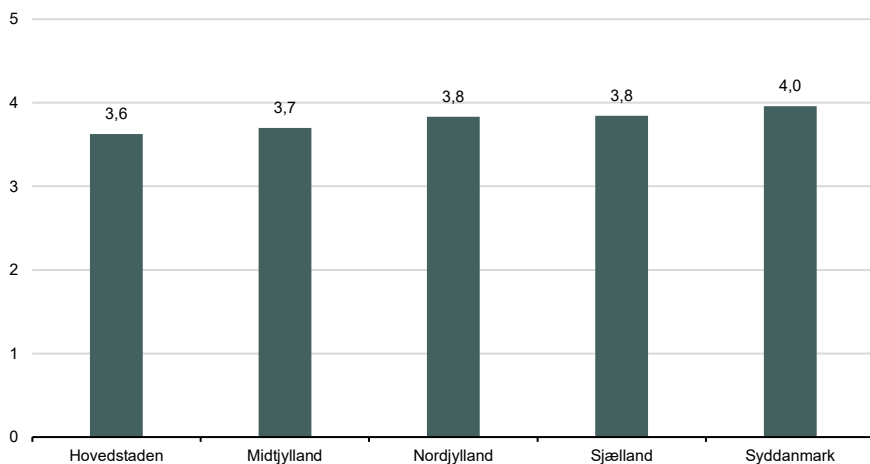
Bilag 2: Uddybende data om klyngedeltagernes vurdering af sundhedsklyngernes potentiale (9/11)

Spørgsmål: Vurderer du at sundhedsklyngerne muliggør at sektorerne i fællesskab kan ... - ... udvikle og aftale lokale modeller for bl.a. bedre forløb med fokus på styrket kvalitet og øget nærhed

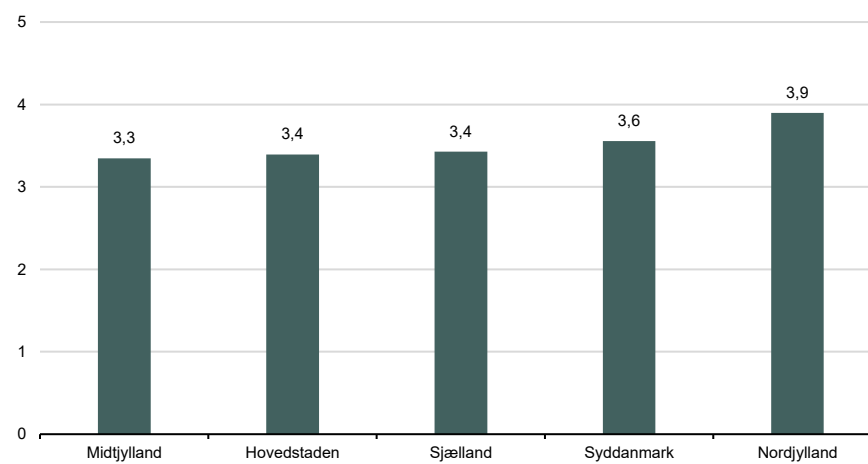


Note: Grafen er lavet for det somatiske område og bruger-repræsentanter er ikke medtaget. Antallet af respondenter pr. sundhedsklynge varierer fra 3 til 21.

Gennemsnit for somatikken, opdelt efter region

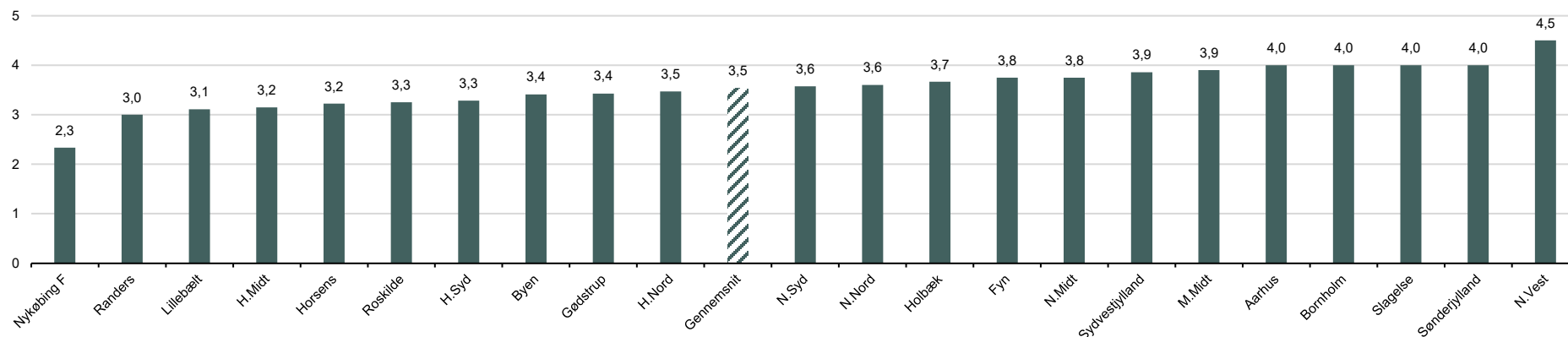


Gennemsnit for psykiatrien, opdelt efter region



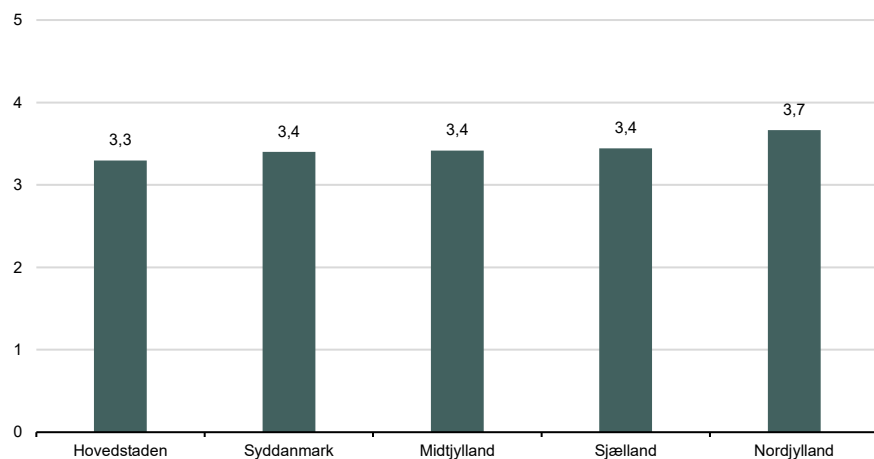
Bilag 2: Uddybende data om klyngedeltagernes vurdering af sundhedsklyngernes potentiale (10/11)

Spørgsmål: Vurderer du at sundhedsklyngerne muliggør at sektorerne i fællesskab kan ... - ... være en drivende kraft for styrket kvalitet, sammenhæng og omstilling i det nære sundhedsvæsen

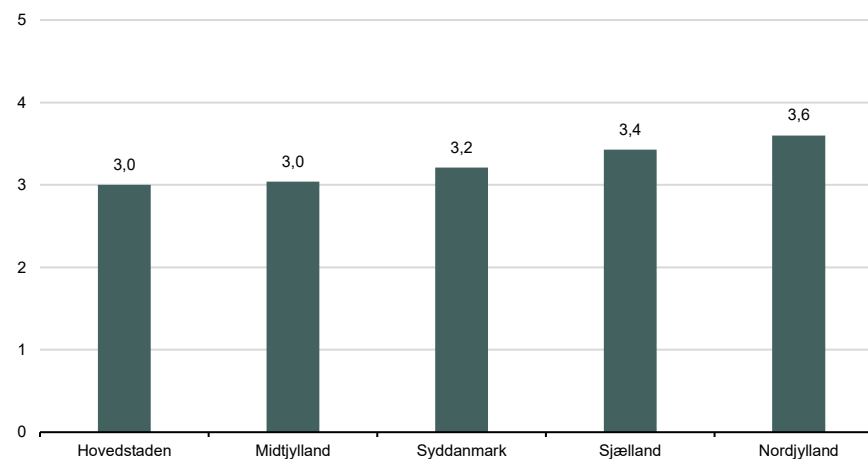


Note: Grafen er lavet for det somatiske område og bruger-repræsentanter er ikke medtaget. Antallet af respondenter pr. sundhedsklynge varierer fra 3 til 21.

Gennemsnit for somatikken, opdelt efter region

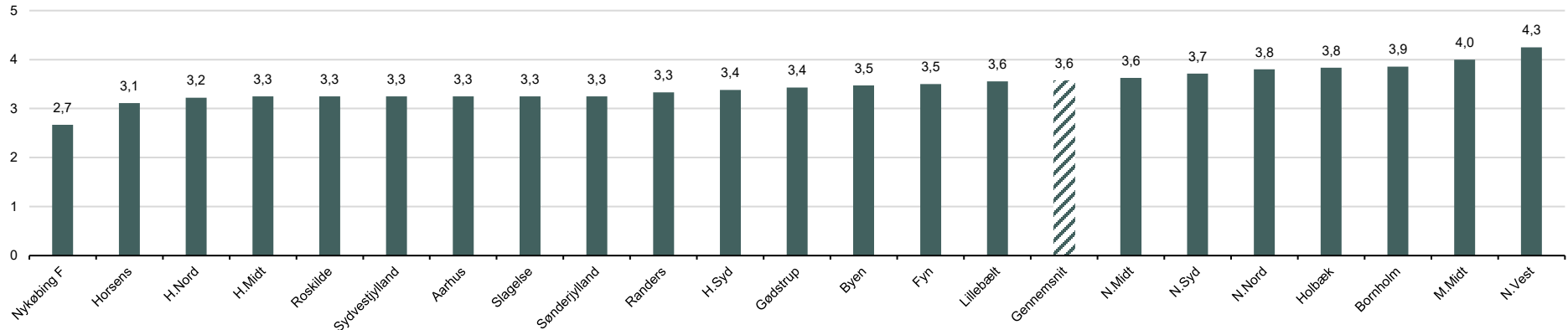


Gennemsnit for psykiatrien, opdelt efter region



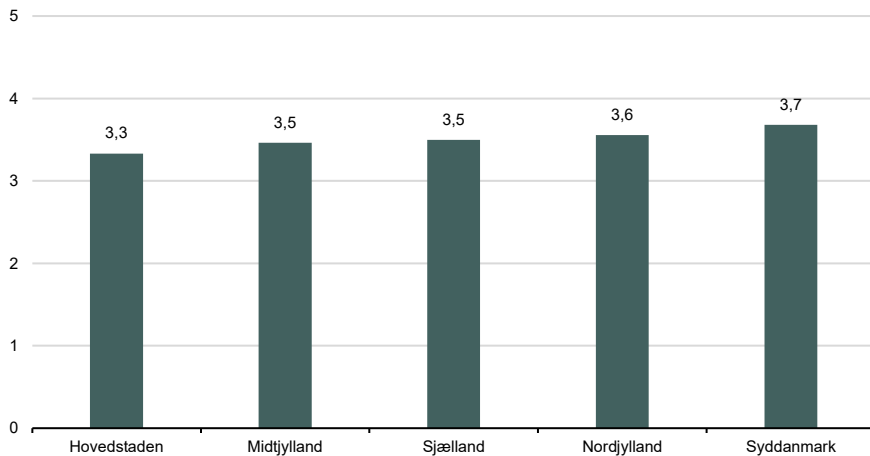
Bilag 2: Uddybende data om klyngedeltagernes vurdering af sundhedsklyngernes potentiale (11/11)

Spørgsmål: Vurderer du at sundhedsklyngerne muliggør at sektorerne i fællesskab kan ... - ... tage hånd om borgernes behov med fokus på at sikre konkrete løsninger for bedre sammenhæng, kvalitet og øget nærhed

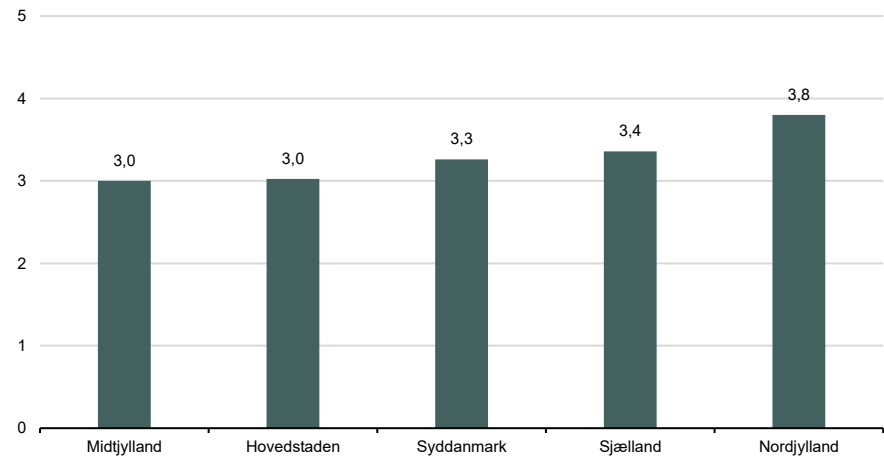


Note: Grafen er lavet for det somatiske område og bruger-repræsentanter er ikke medtaget. Antallet af respondenter pr. sundhedsklynge varierer fra 3 til 21.

Gennemsnit for somatikken, opdelt efter region

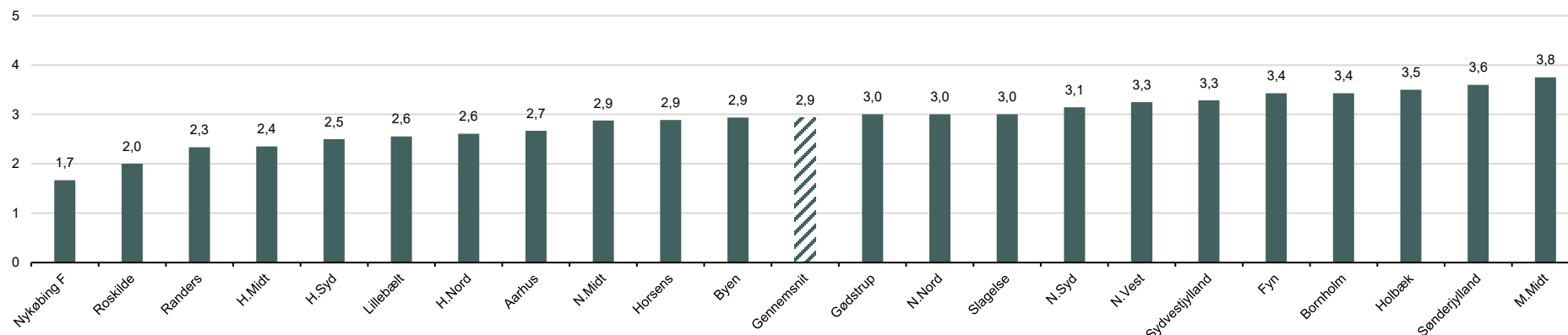


Gennemsnit for psykiatrien, opdelt efter region



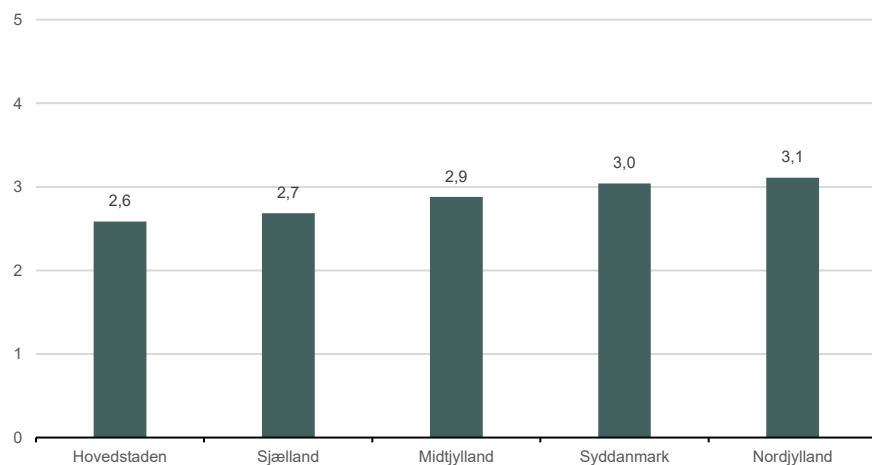
Bilag 3: Uddybende data om klyngedeltagernes vurdering af den nuværende konstruktion

Spørgsmål: Vurderer du at ... - ... sundhedsklyngen i sin nuværende konstruktion har de nødvendige forudsætninger for at indfri sit formål om at skabe bedre sammenhæng i behandlings-, rehabiliterings-, forebyggelses- og plejetilbud”

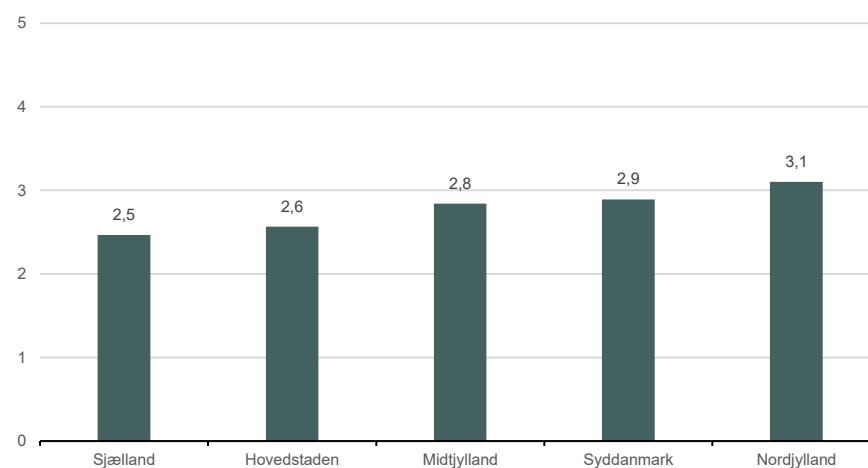


OBS: Grafen er lavet for det somatiske område og bruger-repræsentanter er ikke medtaget. Antallet af respondenter pr. sundhedsklynge varierer fra 3 til 22.

Gennemsnit for somatikken, opdelt efter region

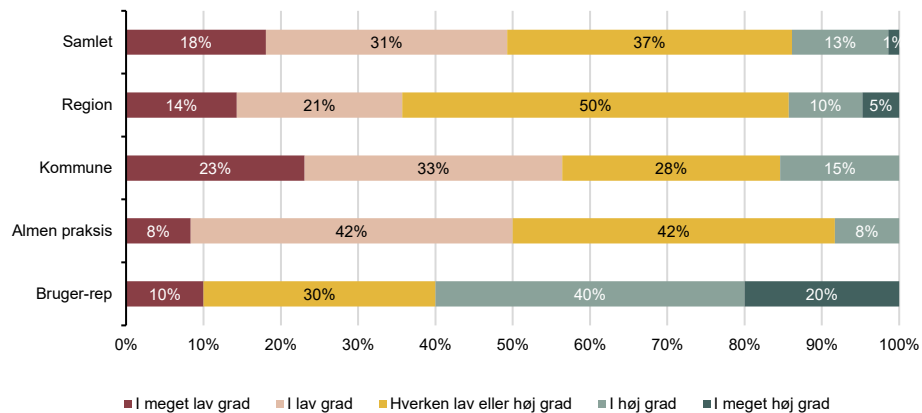


Gennemsnit for psykiatrien, opdelt efter region

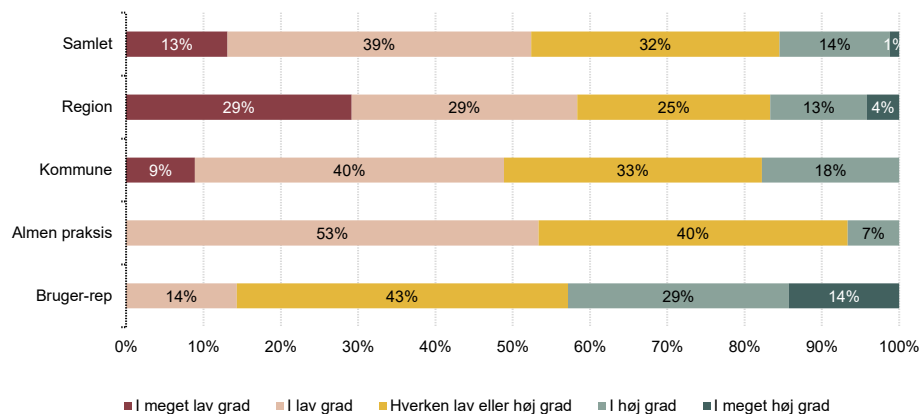


Spørgsmål: "Vurderer du at den tværsektorielle samarbejdsstruktur på fagligt/strategisk niveauer blevet forenklet med sundhedsklyngerne?"

Somatikken, opdelt efter respondent type

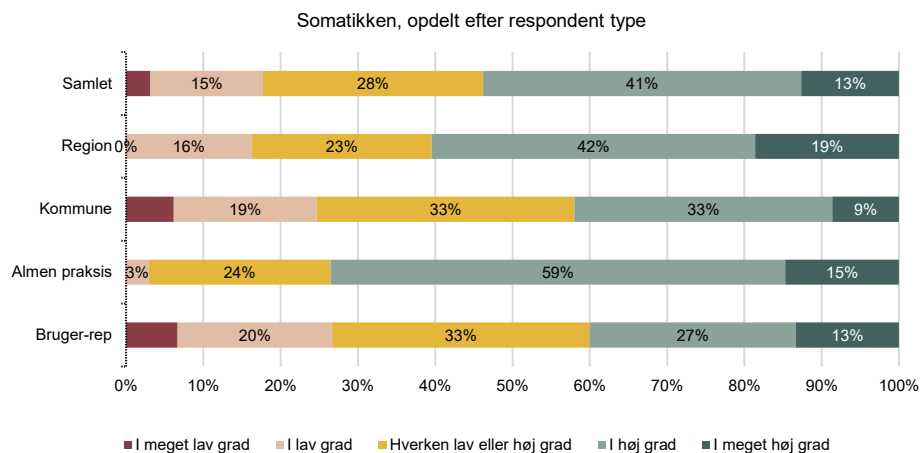


Psykiatrien, opdelt efter respondent type

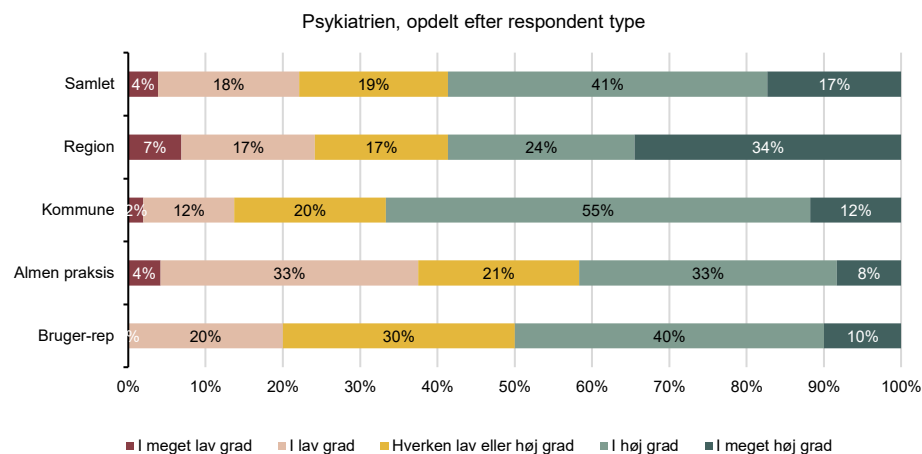
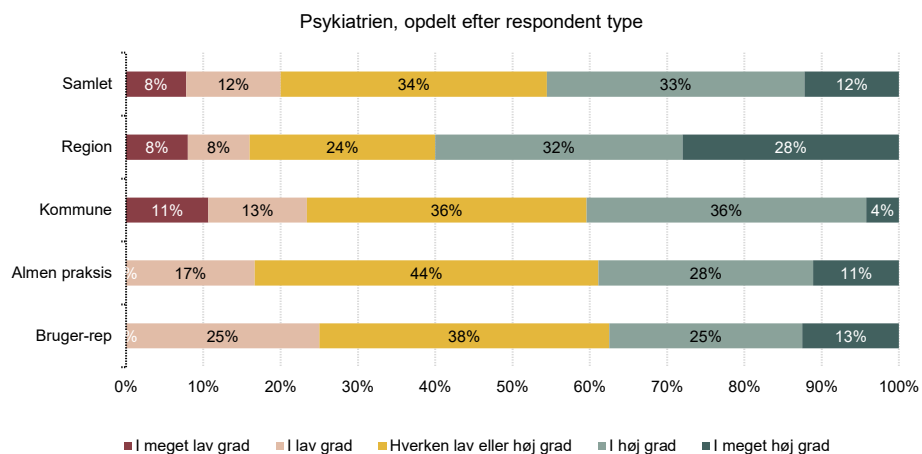
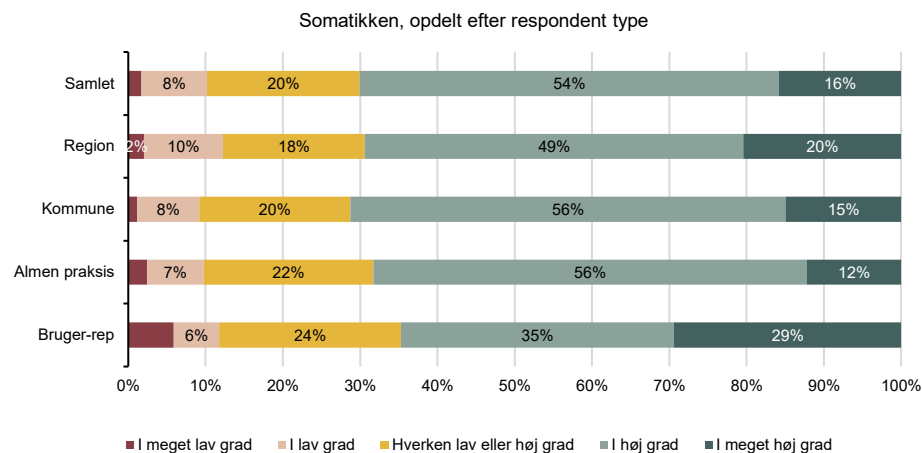


Bilag 5: Uddybende data om repræsentation (1/2)

Spørgsmål: "Vurderer du at der er en relevant repræsentation af aktører i sundhedsklyngen på politisk niveau?"

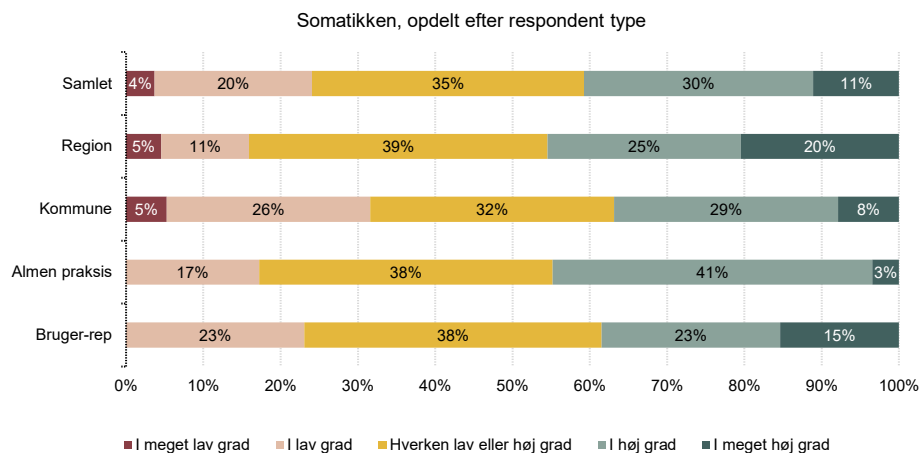


Spørgsmål: "Vurderer du at der er en relevant repræsentation af aktører i sundhedsklyngen på fagligt/strategisk niveau?"

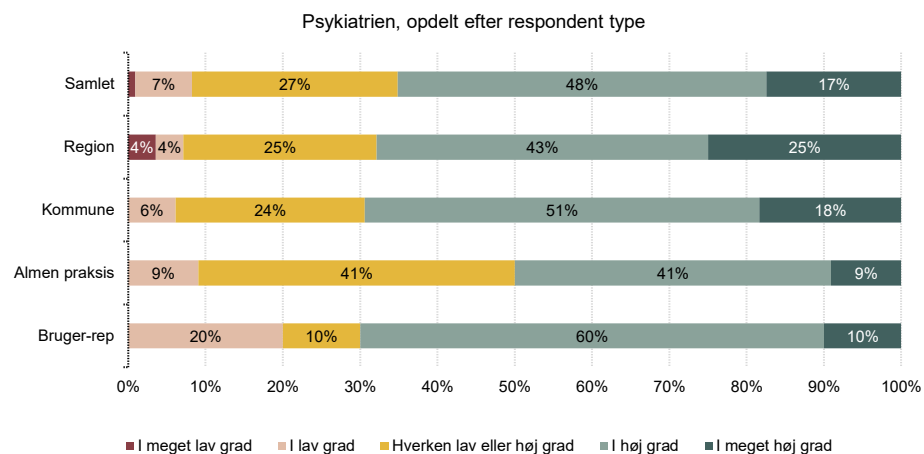
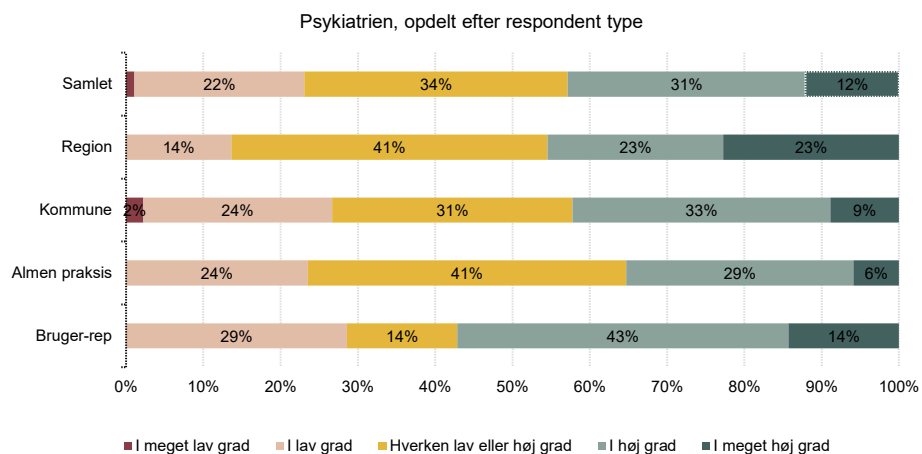
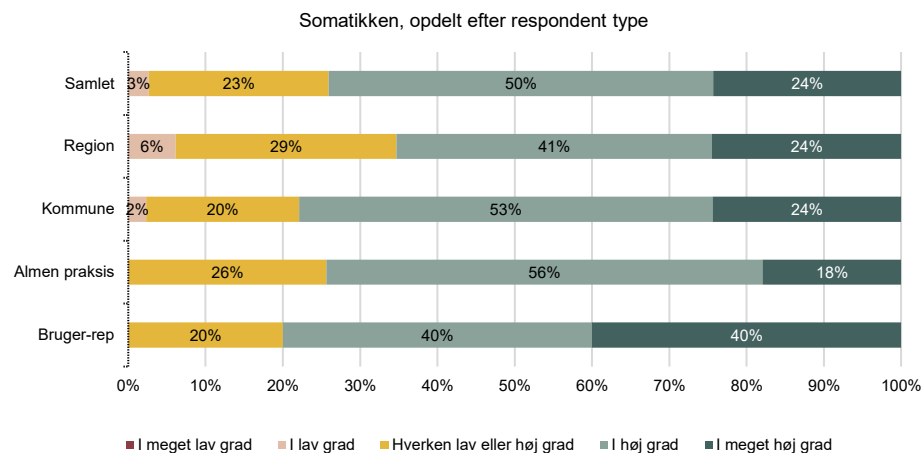


Bilag 5: Uddybende data om repræsentation (2/2)

Spørgsmål: "Vurderer du at samarbejdet i regi af sundhedsklyngerne er højt prioriteret af aktørerne på politisk niveau?"



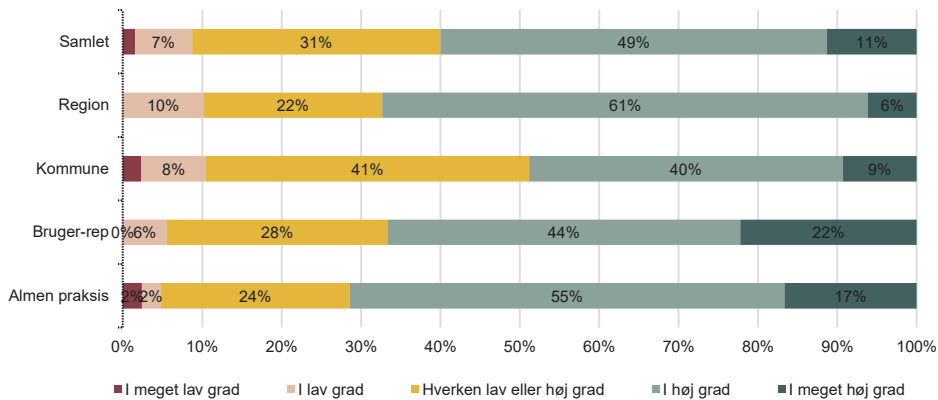
Spørgsmål: "Vurderer du at samarbejdet i regi af sundhedsklyngerne er højt prioriteret af aktørerne på faglig/strategisk niveau?"



Bilag 6: Uddybende data om fælles forståelse men svære vilkår for beslutninger (1/2)

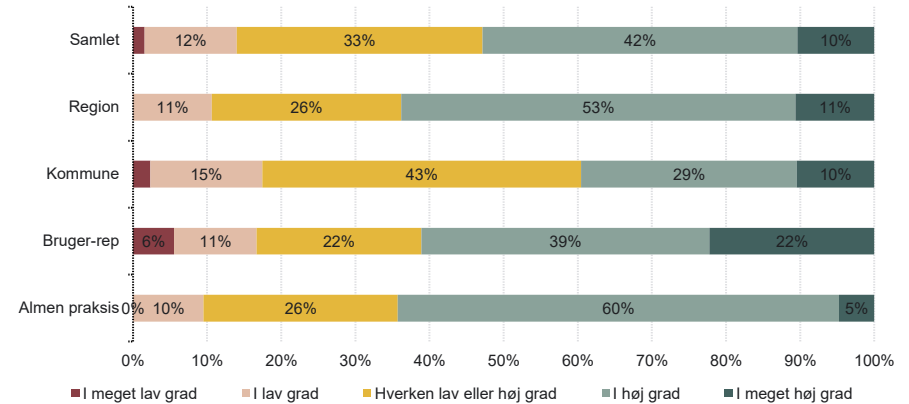
Spørgsmål: "Vurderer du at sundhedsklyngerne understøtter at der opnås fælles forståelse på tværs af sektorerne for, hvilke udfordringer det er væsentligt for sundhedsklyngen at adressere?"

Somatikken, opdelt efter respondent type

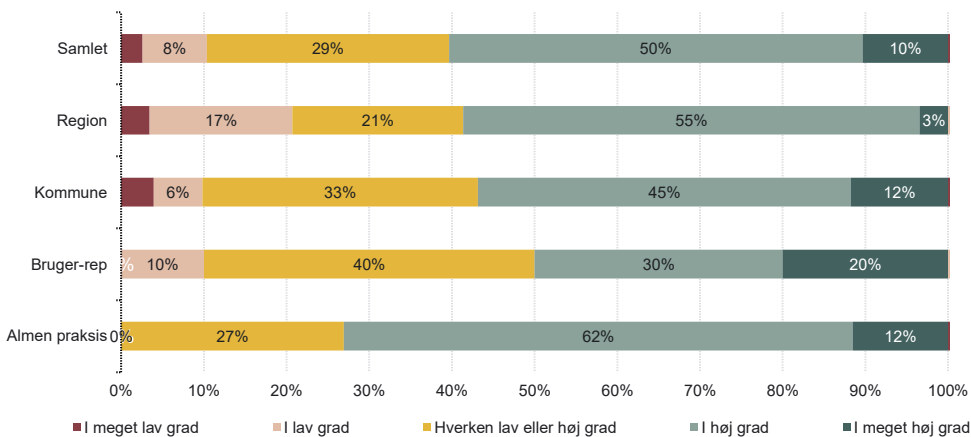


Spørgsmål: "Vurderer du at sundhedsklyngerne understøtter at der er en ligeværdig dialog på tværs af sektorerne om, hvilke udfordringer sundhedsklyngerne skal adressere samt hvordan?"

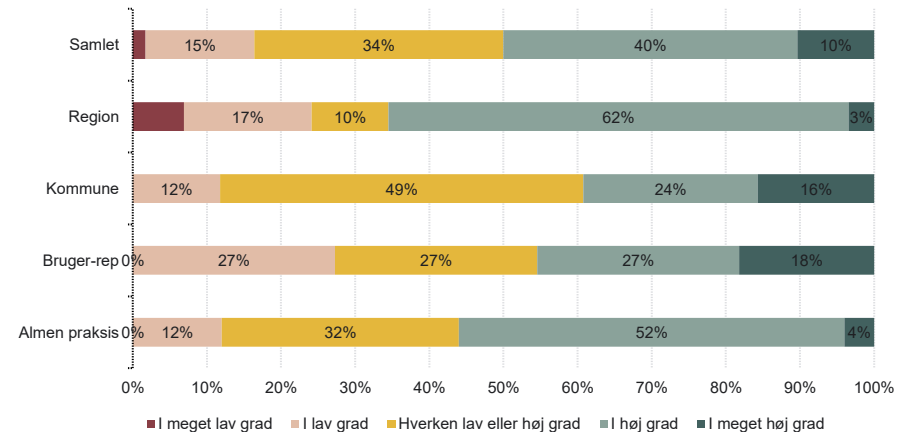
Somatikken, opdelt efter respondent type



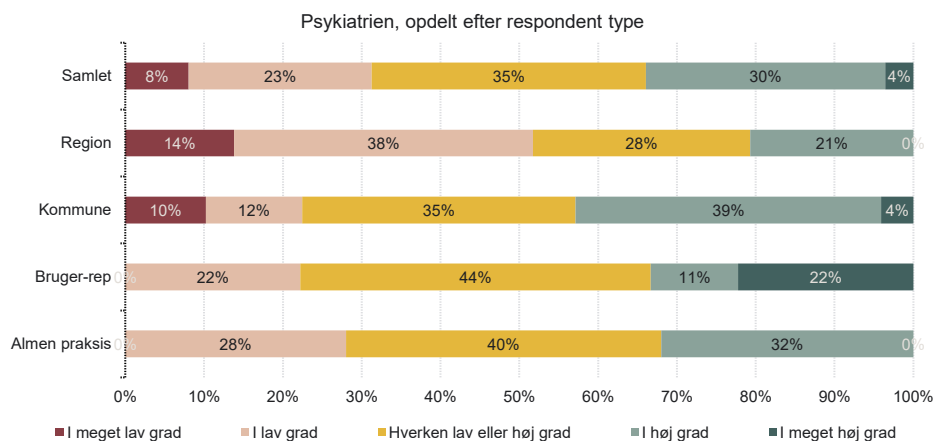
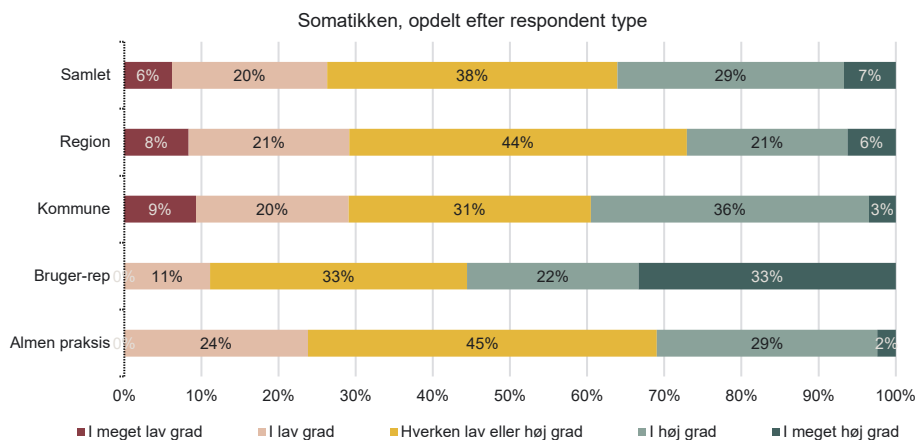
Psykiatrien, opdelt efter respondent type



Psykiatrien, opdelt efter respondent type



Spørgsmål: "Vurderer du at sundhedsklyngerne understøtter at sektorerne kan forpligte hinanden på nye måder at arbejde på?"



Bilag 8:

Digital fordør. Omstilling til det nære sundhedsvæsen. Modeller for en digital fordør til sundhedsvæsenet

Boston Consulting Group (BCG)



Digital fordør

Omstilling til det nære sundhedsvæsen

Modeller for en digital fordør til sundhedsvæsenet

FEBRUAR 2023



Indhold

1

Baggrund, formål og tilgang

2

Erfaringsgrundlag

3

Eksisterende digitale triageringsmetoder

4

Mulige modeller for en digital fordør

5

Gevinster

6

Forudsætninger

Baggrund, formål og tilgang

Baggrund og formål med analysen

Regeringen har nedsat en Sundhedsstrukturkommission, der skal udarbejde et beslutningsgrundlag, som ”fordomsfrit opstiller og belyser modeller for den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet”. Modellerne skal understøtte et forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen med mere lighed, og som er mere nært og bæredygtigt, jf. kommissoriet for kommissionen. En vigtig del af kommissionens arbejde er ”digital først”. Her fokuseres på den første kontakt til sundhedsvæsenet: En digital fordør.

Som grundlag for Sundhedsstrukturkommissionens arbejde har BCG udviklet modeller for en digital fordør til det danske sundhedsvæsen. Modellerne er visioner med op til et tiårigt sigte, hvor hensigten er at understøtte omstillingen af sundhedsvæsenet i lyset af det stigende pres på ressourcerne. Formålet er således både at understøtte effektivisering, øge kvaliteten, og skabe en mere lige adgang til sundhed.

Tilgang og grundlag

BCG har som grundlag for modellerne gennemført en analyse af eksisterende digitale fordøre til sundhedsvæsenet i andre lande, herunder har vi gennemført en omfattende kortlægning af Digitale fordøre til sundhedsvæsenet i bl.a. Canada, Finland, Sverige, USA og Australien, herunder både nationale og kommercielle løsninger¹. Vi har i arbejdet også inddraget forskning og analyser af de eksisterende digitale fordøre samt nøgletal fra centrale kilder bl.a. Sundhedsdatastyrelsen og Danmarks Statistik.

Herudover har vi gennemført interview med en række interessenter og eksperter mhp. at belyse nationale hensyn og vilkår. Endelig har vi inddraget en lang række eksperter på sundhedsområdet i to workshops, hvor modellernes fokus er afgrænset og valideret.

De beskrevne modeller for en digital fordør er konceptuelle, og før en evt. beslutning kan træffes kræves yderligere afklaring af en række forudsætninger, herunder økonomiske, juridiske, tekniske, organisatoriske og ansvarsmæssige forhold samt udvikling af en egentlig business case.

Notatet er alene BCGs ansvar, men modellerne er udarbejdet i tæt samarbejde med:

- Marie Paldam Folker, Centerchef, Center for Digital Psykiatri, Sundhedsstrukturkommissionen
- Peter Munch Jensen, Afdelingschef, Sundhedsdatastyrelsen.

Endvidere har følgende eksperter spillet en særlig rolle i forhold til sparring og validering:

- Lars Hulbæk, Direktør, Medcom
- Morten Elbæk, Direktør, sundhed.dk
- Andreas Pihl, Lægefaglig Chef, Roche Diagnostics
- Thomas Binzer, Projektleder, Center for Digital Psykiatri
- Mette Harbo, Direktør, Center for IT & Medicoteknologi
- Mette Keis Jepsen, Afdelingschef, Sundhedsdatastyrelsen

I nærværende notat præsenteres erfaringer fra eksisterende løsninger, konkrete forslag til modeller for en digital fordør, samt relaterede gevinster og forudsætninger.

Der lægges vægt på, at de skitserede modeller skal angive en visionær retning for omlægningen med et ti-årigt perspektiv og inspirere Strukturkommissionens arbejde.

Notatet omfatter:

- Erfaringsgrundlag
- Digital triagering - tilgange
- Modeller for en digital fordør
- Gevinster for patienter og sundhedsvæsen
- Forudsætninger for implementering af en digital fordør

1. Se bl.a. "Omstilling til det nære sundhedsvæsen - en casesamling" for fyldestgørende beskrivelse af eksempler på digitale fordøre.

Den digitale fordør kan understøtte omstillingen til det nære sundhedsvæsen

En digital fordør kan understøtte

- **Den rette indsats til patienter/borgere:**
Borgere skal modtage den hjælp, der passer bedst til deres individuelle situation
- **Let adgang til information og vejledning:**
Borgere skal kunne finde frem til relevant information om deres (eller pårørendes) sygdom, uanset kompetencer
- **Lige adgang - forbedret tilgængelighed:**
Geografiske, sociale og andre barrierer for kontakt til sundhedsvæsenet skal mindskes, inklusiv bedre mulighed for rettidig vejledning og behandling i eller tæt på borgerens hjem
- **Effektiv anvendelse af ressourcer:**
Ressourcer skal fokuseres, så de sikrer den rette behandling på lavest mulige effektive omkostningsniveau

Den digitale fordør kan udgøre en ny samlet indgang til sundhedsvæsenet

Digitale løsninger i sundhedsvæsenet har potentiale til at forbedre håndteringen af borgere og patienter på tværs af sundhedsvæsenets opgaver, som fx forebyggelse, udredning, behandling, osv. Den digitale fordør kan støtte en væsentlig del af disse opgaver. Løsninger for en fordør kan således dække sundhedsvæsenet bredt, eller afgrænses til specifikke fokus områder, som fx almen praksis. Nedenfor uddybes formålet med den digitale fordør og de primære brugergrupper samt særlige opmærksomhedspunkter i udviklingen, herunder hensynet til brugere, der ikke er digitale.



Den digitale fordør som en digital indgang til det danske sundhedsvæsen

- Én samlet brugerflade der giver adgang til information og sundhedsservices
- Ved en brugers første henvendelse skal fordøren hjælpe til afklaring af behov for sundhedsfaglig kontakt
- Den digitale fordør der hjælper med at navigere i sundhedsvæsenet og hurtigt henviser til den nødvendige behandling, herunder også telemedicin og hjælp til selvhjælp



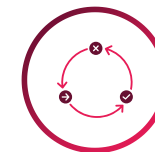
Den digitale fordør har fire primære brugergrupper

- Personer der søger første behandling og/eller vejledning i håndtering af fysiske eller psykiske sundhedsudfordringer
- Personer der søger information om sundhed, inklusiv overblik over egne sundhedsdata og behandlingsforløb
- Pårørende
- Sundhedsfaglige der søger information om fx patienters prøvesvar



Der tages hensyn til særlige opmærksomhedspunkter

- Den digitale fordør skal tage hensyn til ikke-digitale borgere, som potentielt kan tilgodeses ved at inkorporere telefoniske løsninger i fordøren



Den digitale fordør som beskrevet i modellerne kan i mindre grad...

- Håndtere lange behandlingsforløb eller patienter med gentagne kontakter for samme lidelse. Patienter i behandlingsforløb, fx med kronisk sygdom eller kræft, har typisk en sundhedsfaglig kontakt der hjælper patienten (dette kan dog godt foregå digitalt)
- Udgøre indgangen til den samlede offentlige sektor, fx jobcenter - men den kan godt linke til andre digitale platforme som Borger.dk



Indhold

1

Baggrund, formål og tilgang

2

Erfaringsgrundlag

3

Eksisterende digitale triageringsmetoder

4

Mulige modeller for en digital fordør

5

Gevinster

6

Forudsætninger

Erfaringer fra analyser af patientrejser: En samlet digital løsning kan hjælpe en bred vifte af udfordringer

Nuværende udfordringer og ønsker fra patienter i det danske sundhedsvæsen er tidligere afdækket i forskellige rapporter fra de danske sundhedsmyndigheder.¹

En digital fordør vil forventeligt kunne afhjælpe nogle af disse udfordringer. For at sikre en dækkende tilgang til udviklingen af modeller for en digital fordør, inddrages disse betragtninger derfor.

Sammenfattende nævnes, at patienter har svært ved at overskue både deres personlige sundhedsdata og hvilke digitale platforme, de bør benytte til at håndtere deres behov for sundhedsvejledning.

Desuden oplever patienter, der har kontakt til sundhedsvæsenet, ofte et fragmenteret behandlingsforløb, hvor de selv skal viderebringe egen sundhedsinformation på tværs af behandlere og sektorer.

Der efterspørges således bl.a. én samlet enkel indgang til information og sundhed, der samtidigt sikrer, at sundhedsdata nemt følger patienten rundt i systemet, og er tilgængeligt på tværs af sektorer.



Nuværende udfordringer for patienter

Uoverskuelig sundhedsdata

Patienter har ikke overblik over egen sundhed - oplever manglende adgang til sundhedsdata, og at data findes på flere digitale platforme

Svært valg af digitalt sundhedsværktøj

De mange digitale sundhedstilbud og kanaler har ofte overlappende funktioner

Ventetid til kontakt med sundhedsvæsenet

Patienter oplever lang ventetid på kontakt

Fragmenterede møder med sundhedsfaglige

Patienter mister overblik over deres behandlingsforløb - ser ofte en lang række af sundhedsfaglige, før de modtager behandling

Manglende opsamling af tværsektoriel sygehistorik

Patienter oplever, at skulle svare på samme spørgsmål ved møde med sundhedsfaglige fra forskellige sektorer



Patientønsker til digitale sundhedsløsninger

Samlet adgang til sundhedsservices

Én samlet platform, der skaber overblik over egne sundhedsdata og sikrer ét enkel indgang til sundhedsservices

Enkel brugerflade

En digital løsning der er enkel at bruge

Databrug

Brug af sundhedsdata, fx i udredning og henvisning mhp. at sikre bedre og mere rettidig behandling

Telemedicin til behandling

Telemedicinske løsninger, der giver mere fleksibel behandling tilpasset den specifikke situation

Chat som kontaktform

Brug af chat, der mindsker ventetider

Erfaringer fra andre digitale fordøre: Komplekse løsninger er svære at udvikle, men indeholder stort potentiale

I både Sverige, Finland, USA, og flere andre lande er der allerede udviklet forskellige typer fordøre. Udbredelsen varierer fra enkelte privathospitaler til nationalt dækkende platforme, der skaber kontakt på tværs af specialer. Der er også forskel på, hvorvidt de digitale fordøre dækker sundhedsvæsenet bredt eller fx udelukkende har fokus på enten psykiatrien eller det somatiske sundhedsvæsen.

Erfaringer fra de eksisterende løsninger peger på vigtigheden af at opbygge en enkel brugerflade, der kan lede ind til digitalt understøttet triagering. Dette sikrer at patienterne i højere grad kommer det rette sted hen og kan desuden sikre behandlere nemmere adgang til relevant information om patientens situation og historik. De mest avancerede fordøre gør brug af AI-støttet triagering, der evt. også giver input til de mest sandsynlige diagnoser.

De fleste fordøre giver adgang til egne sundhedsdata, generel information om sundhed & sygdomme og nem adgang til selvhjælp. Det gør det i højere grad muligt for patienterne at hjælpe sig selv, hvor det er relevant.

Endelig skaber fordøre ofte direkte kontakt til de relevante sundhedsfaglige, og kan i visse tilfælde direkte booke en kontakttid.

Brugerflade

- Brugervenlighed har stor betydning for både patientsikkerhed og optag
- Den samme løsning kan ofte tilgås via app og via websted
- Personaliserede løsninger kræver høj datasikkerhed, fx log-in via bank eller MitID.

Triagering

- Digital triagering kan ske enten via et beslutningstræ med et prædefineret udfaldsrum eller vha. AI
- Automatisk triagering kan bruges både til at henvise patienter korrekt og som et støtteværktøj ift. behandlingsbeslutninger
- Digital triagering kan identificere borgere, der ikke har behov for kontakt med sundhedsvæsenet.

Adgang til data

- Borgere efterspørger en samlet indgang til deres personlige sundhedsdata
- På tværs af sektorer kan egne data samles i en fordør og præsenteres i et let forståeligt format
- Hvor muligt bruges patienters data aktivt til at forbedre funktionaliteter i fordøren.

Information og selvhjælp

- Der skabes værdi ved at samle information om sundhed, sygdomme og selvhjælp
- Informationen bør være let tilgængelig, hvilket indebærer, at patienter skal dirigeres på vej til den rigtig information
- Selvhjælp er nyttigt for sundhedsvæsenet til at mindske kontaktbehovet

Kontakt og behandling

- Telemedicinske løsninger er efter COVID bredt accepteret og implementeret
- Den første kontakt kan være gennem video, chat eller telefonsamtale
- Digitale løsninger kan være en relevant støttemulighed til både diagnosticering, behandling og opfølgning.

Datadrevet støtte

- Patientens data kan indbygges, så de direkte indgår i lægens udredning og vurdering af nødvendig behandling
- Data opsamles og bruges til træning af algoritmerne
- Fordøren i app kan aktivt "nudge" borgere, fx med påmindelse om kontroller eller opfordring til sundere livsstil.

Læring fra sundhed.dk: Let tilgængelig information om sygdomme og patienters medicinoverblik er funktioner med stor anvendelse

Der findes allerede en række digitale løsninger i det danske sundhedsvæsen. De understøtter fx kommunikation med sundhedsfaglige, kontaktbooking, oplysning om sygdomme og symptomer eller overblik over personlige sundhedsdata og prøvesvar.

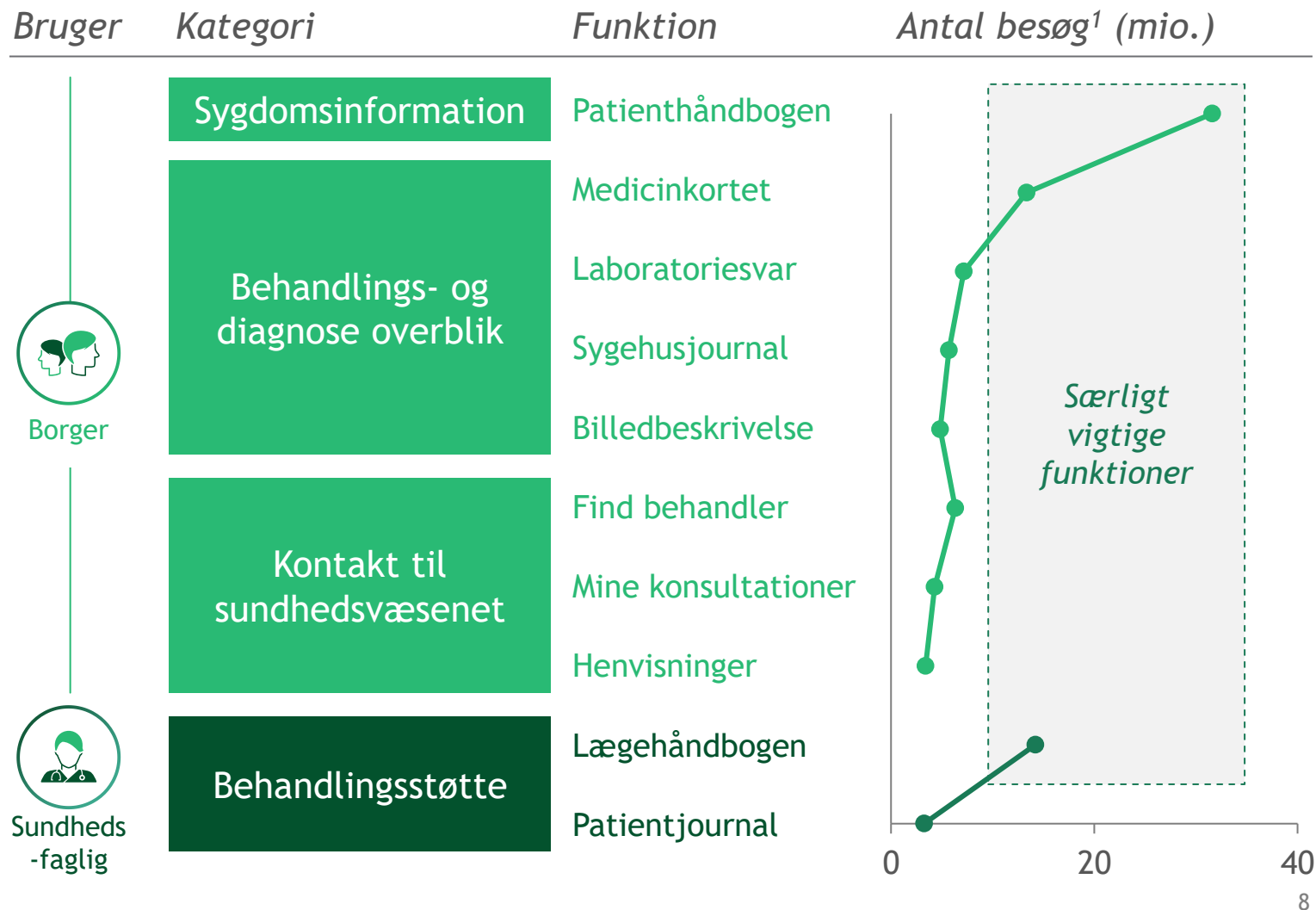
En af de mest omfattende platforme er sundhed.dk. En analyse af det nuværende brugsmønster ift. Sundhed.dk kan belyse særligt vigtige funktioner, der bør inddrages i en fremtidig digital fordør.

Som visualiseret til højre, benytter både borgere og sundhedsfaglige sundhed.dk. Særligt tre funktioner anvendes hyppigt:

- Patienthåndbogen: Giver information om sygdomme til patienter og pårørende
- Lægehåndbogen: Giver information om sygdomme til sundhedsfaglige
- Medicinkortet: Giver overblik over patienters medicinforbrug.

Til højre vises anvendelsen af forskellige funktioner på Sundhed.dk i 2023. Lave besøgstal for nogle funktioner er ikke nødvendigvis udtryk for manglende værdi i en digital fordør, men kan også kalde på at funktionen skal kunne tilgås på en anden måde.

1. Forventet i 2023;
Kilder: Sundhed.dk; BCG analyse



Oversigt over inddragede fordøre

Som beskrevet ovenfor har BCG i analysen inddraget et bredt spænd af digitale fordøre som erfaringsgrundlag for udviklingen af relevante danske modeller. Herunder er digitale fordøre fra Sverige, Finland, England, Tyskland, USA, Canada, Australien og Danmark belyst. De digitale fordøre bidrager med forskellige perspektiver i forhold til funktion, teknologisk udvikling, udbredelse, økonomi, bruger venlighed, osv. De mest relevante er beskrevet nedenfor.

Case	Land	Beskrivelse	Især interessant fordi...
Omaolo	Finland	Digital fordør til somatikken	Den nationale fordør inkluderer både booking, overblik over sundhedsdata, automatiseret triagering og henvisning
Head to Health	Australien	Digital fordør til psykiatrien	Information og selvhjælp er samlet på en national platform, hvor selvvurdering bruges som navigationsværktøj
WTC	Canada	Digital fordør til psykiatrien	Information og selvhjælp er samlet på en national platform, hvor selvvurdering bruges som navigationsværktøj
Platform 24	Sverige	Digital fordør til privat udbyder med AI-støttet triagering	AI triagering har opnået MDR certificering, og bruges aktivt til at rådgive læger om rette behandling
K Health	USA	Digital fordør til privat udbyder med AI-støttet triagering	Den AI understøttede triagering er udviklet til at skabe meget valide forslag til diagnoser
Sundhed.dk	Danmark	Digital fordør til sundhedsdata, information og selvhjælp	Danskernes brug af denne digitale løsning kan give et indledende indblik i funktioner, der har stor værdi
Øvrige	Øvrige	Et bredt spænd af erfaringer fra yderligere sammenlignelige fordøre	Inspiration kan inddrages fra fordøre med forskellige formål, bl.a. private klinikker, særlige målgrupper, og specifikke læger



Indhold

1

Baggrund, formål og tilgang

2

Erfaringsgrundlag

3

Eksisterende digitale triageringsmetoder

4

Mulige modeller for en digital fordør

5

Gevinster

6

Forudsætninger

Triagering er en central funktion i den digitale fordør: AI eller klassisk beslutningstræ indsnævrer fokus og identificerer behov for kontakt

Triagering indebærer, at patientens behov belyses på baggrund af indledende spørgsmål, som både opsamler information og leder patienten i retning af de mest relevante tiltag i sundhedsvæsenet givet patientens behov. Dette kan ske med et avanceret AI-understøttet spørgeskema, der trækker på eksisterende viden om patienten. Det kan dog også ske mere enkelt gennem et digitalt spørgeskema, der leder patienten igennem et beslutningstræ, som eksemplet til højre.

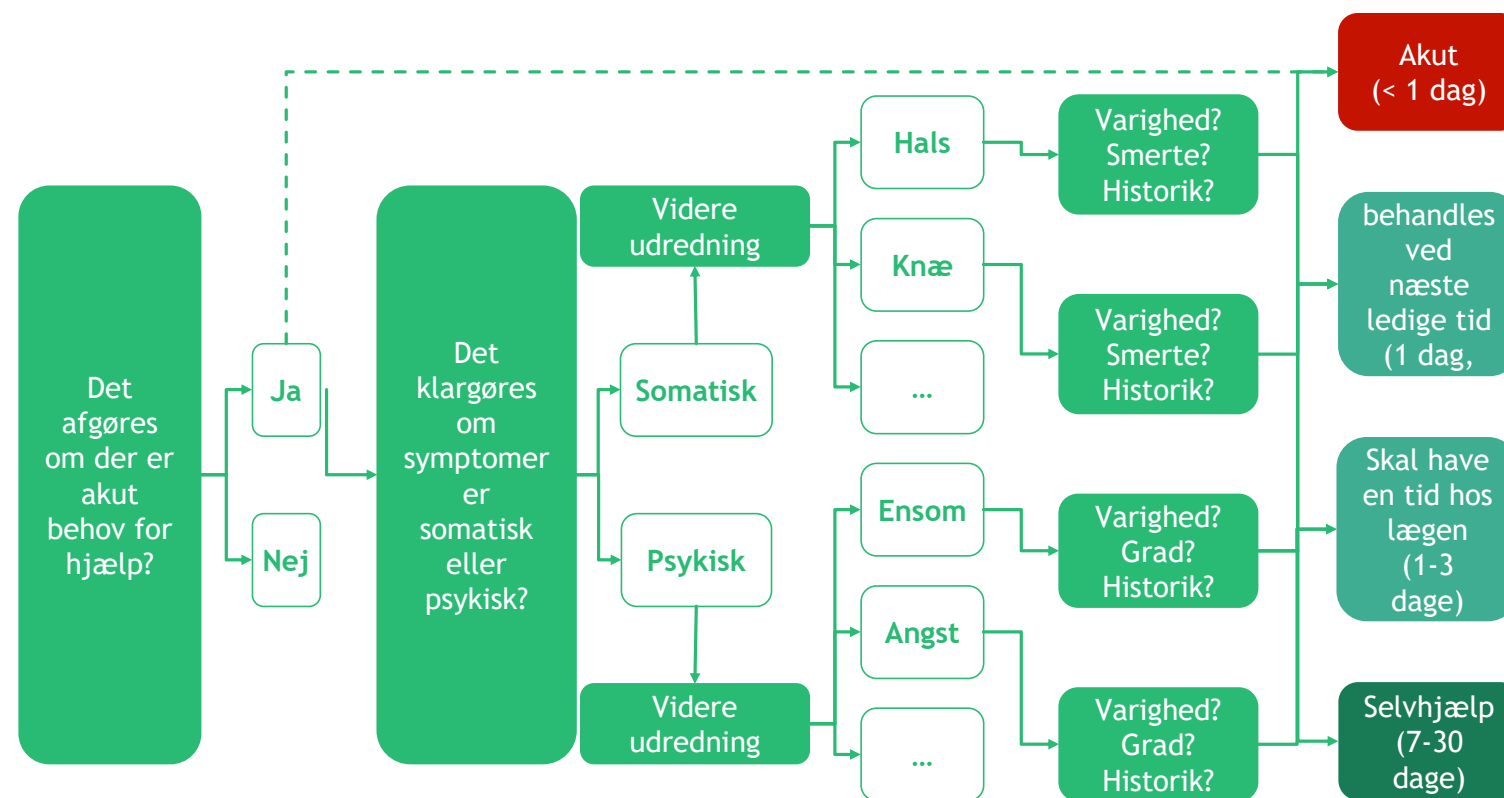
For hvert svar ledes patienten ind i et skærpet felt af mulige diagnoser. Samtidig kan patientens behov for akut kontakt vurderes, baseret på fx smertegrad, varighed af symptomer, funktionsnedsættelse osv.

Når det behandlingskrævende område er indsnævret, og en vurdering af kontaktbehovet er blevet defineret, kan patienten fx anbefales at søge kontakt.

Den indsamlede information gøres tilgængelig for den sundhedsfaglige, der overtager patientansvaret, herunder: Estimeret behov for behandling, evt. vurdering af mulig diagnose og vurdering af den nødvendige tidshorisont for behandling.

En svaghed ved beslutningstræet er håndteringen af patienter med komplekse symptomer eller multisygdom, da disse vil kræve dybere analyse. På de efterfølgende sider præsenteres en AI-understøttet triagering, der bla. forventes at hjælpe komplekse patienter bedre

Eksempel på triageringen igennem et beslutningstræ



Triagering med AI støtte: Triagering kan sættes op som et filter, der fx gennem fire lag identificerer 'patienter som dig' og rådgiver herefter

Triagering af patienter med AI-støtte bruges i dag primært til at rådgive sundhedsfaglige om hvilken behandling, de skal tilbyde.

Eksisterende algoritmer er typisk udviklet til at kombinere en analyse af patientens nuværende symptomer med patientens sundhedshistorik. Algoritmen sammenligner dernæst patientens situation med samtlige tidligere kendte patientforløb, for at kunne identificere lignende situationer ("patienter som dig").

Den AI-støttede triagering kan dermed estimere sandsynligheden for, at patienten har samme diagnose og bør tilbydes den samme behandling, som tidligere patienter med samme sygehistorik og symptomer.

Denne analyse fremlægges den behandlingsansvarlige og kan dermed hjælpe til at træffe hurtigere og bedre beslutninger om det videre behandlingsforløb.

I takt med at teknologien modnes vil det i højere grad være muligt at lade den AI-støttede triagering "stå alene". En mere udviklet løsning vil dermed potentielt også kunne henvise patienter direkte til særlig sundhedsfaglig kontakt eller til selvhjælp.



Resultater: Etablerede triageringsløsninger med AI støtte viser lovende resultater

Flere sundhedsudbydere gør allerede brug af AI-støttet triagering. K health (USA) og Platform 24 (Sverige) er eksempler på private sundhedsudbydere, hvor et AI-støttet triageringsværktøj møder patienterne vha. en digital fordør inden første sundhedsfaglige kontakt etableres.

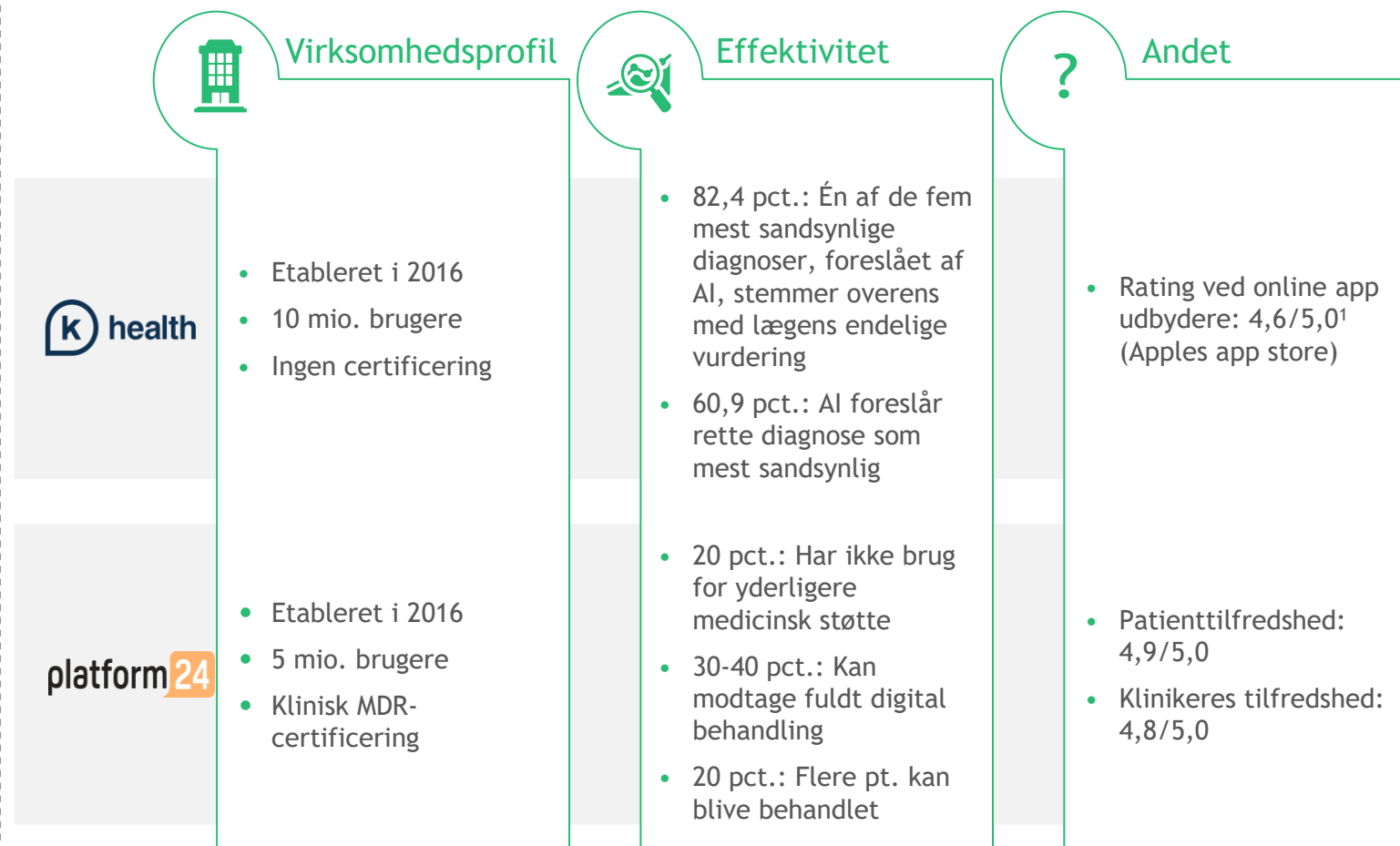
Begge udbydere startede den digitale triagering i 2016, og har siden haft 5 - 10 mio. brugere. Platform 24 har opnået en MDR-certificering af den anvendte AI algoritme, der tillader at den bruges direkte til behandlingsrådgivning.

Samlet set har effektivitetsstudier vist lovende resultater. Platform 24's algoritme er, inden kontakt til en læge, i stand til at identificere 20 pct. af patienterne, som ikke har behov for medicinsk støtte. Yderligere identificeres en stor gruppe patienter, der kan håndteres udelukkende digitalt (30-40 pct.).

Algoritmerne opbygger relevant klinisk præcision. K health's algoritme identificerer fx i mere end 80 pct. af tilfældene en af de fem diagnoser læger udpeger som mest sandsynlige. Endvidere kan Platform 24's behandlingsrådgivning sikre, at 20 pct. flere patienter kan hjælpes på samme tid.

1. Apples app store

Kilder: Virksomheders hjemmesider, National Library of Medicine "A patient like me" - An algorithm-based program to inform patients on the likely conditions people with symptoms like theirs have', Innovative Origins ', Platform24 first European health app to receive EU certification as a medical device'; BCG analyse





Indhold

1

Baggrund, formål og tilgang

2

Erfaringsgrundlag

3

Eksisterende digitale triageringsmetoder

4

Mulige modeller for en digital fordør

5

Gevinster

6

Forudsætninger

Fundamentet for en digital fordør

En digital fordør til sundhedsvæsenet

I dette kapitel præsenteres BCG's forslag til en digital fordør til det danske sundhedsvæsen. Hensigten er at skitsere forskellige modeller til, hvordan en digital fordør kan etableres med en 10-årig tidshorison.

Målgrupperne for en digital fordør

Den foreslåede model for en digital fordør henvender sig til personer og deres pårørende, der søger første kontakt, behandling og/eller vejledning i forhold til håndtering af fysiske eller psykiske sundhedsproblematikker. Den fremlagte model for en digital fordør er derfor ikke designet til at håndtere patienter, som allerede er i kontakt med sundhedsvæsenet, fx i et behandlingsforløb. Således er fordørens funktionaliteter ikke målrettet personer i lange behandlingsforløb eller patienter med gentagne kontakter for samme lidelse, fx patienter med kronisk sygdom eller kræft. Det betyder ikke, at disse patienter ikke med fordel kan varetages med digitale løsninger, men det er dog ikke hensigten med netop den digitale fordør.

Selvstyrende enhed eller forankret i eksisterende strukturer

Den digitale fordør kan indtænkes som en del af det danske sundhedsvæsen på flere måder. Fælles for alle modeller er, at der vil være behov for administration og drift af en væsentlig IT-infrastruktur og et behov for at trække på sundhedsfaglige kompetencer såsom læger og sygeplejersker.

Den digitale fordør kan implementeres som enten en særskilt driftsenhed, eller forankres i sundhedsvæsenets eksisterende strukturer og tilbud. Uagtet løsningen kræver fordørens funktionalitet adgang til fysisk personale, hvad enten det er ansatte til fordøren eller støtte til driften.

Udbredelse af fordøren og kobling til eksisterende løsninger og tilbud

Den digitale fordør giver mulighed for at sammenkoble kontakt til mange dele af sundhedsvæsenet, og udbredelsen kan dermed tænkes til flere eller færre aktører i sundhedsvæsenet, fx kun alment praktiserende læge eller også speciallæger, lægevagt mv. Det er også muligt at indtænke et samspil mellem både offentlige og private aktører, således at fordøren kan visitere til fx privatpraktiserende speciallæger.

Alt efter hvilken model der vælges, kan visse nuværende funktioner inddrages eller erstattes af fordøren. Eksempelvis kan eksisterende løsninger som sundhed.dk eller Min Læge-appen indtænkes i fordøren, og det kan overvejes, om øvrige tilbud som lægevagten bør integreres i fordørens funktionalitet.

En digital fordør skaber værdi for patienter, sundhedsfaglige og samfund

Den digitale fordør vil alene vha. digital triagering kunne skabe bedre patientforløb og mere præcis behandling. Den samhørende effektivisering vil desuden potentielt kunne frigive ressourcer i sundhedsvæsenet. Endelig vil skabelsen af én samlet indgang til sundhed hjælpe brugere til at navigere i sundhedsvæsenet, og skabe mere lige adgang til sundhed.

Effekten af den digitale fordør vil kunne maximeres, hvis den træder i stedet for eksisterende løsninger. Dermed kan samling af nuværende digitale platforme, omlægning af direkte telefonisk adgang til egen læge, o.l. være med til at løfte det samlede udbytte.

Model for en digital fordør med et 10-års perspektiv

Modellerne for en digital fordør indebærer forskellige strategiske valg, strukturelle løsninger og potentielle regulatoriske barrierer, der skal afklares inden implementering.

Vi beskriver først til højre en konceptuel model med tre lag:

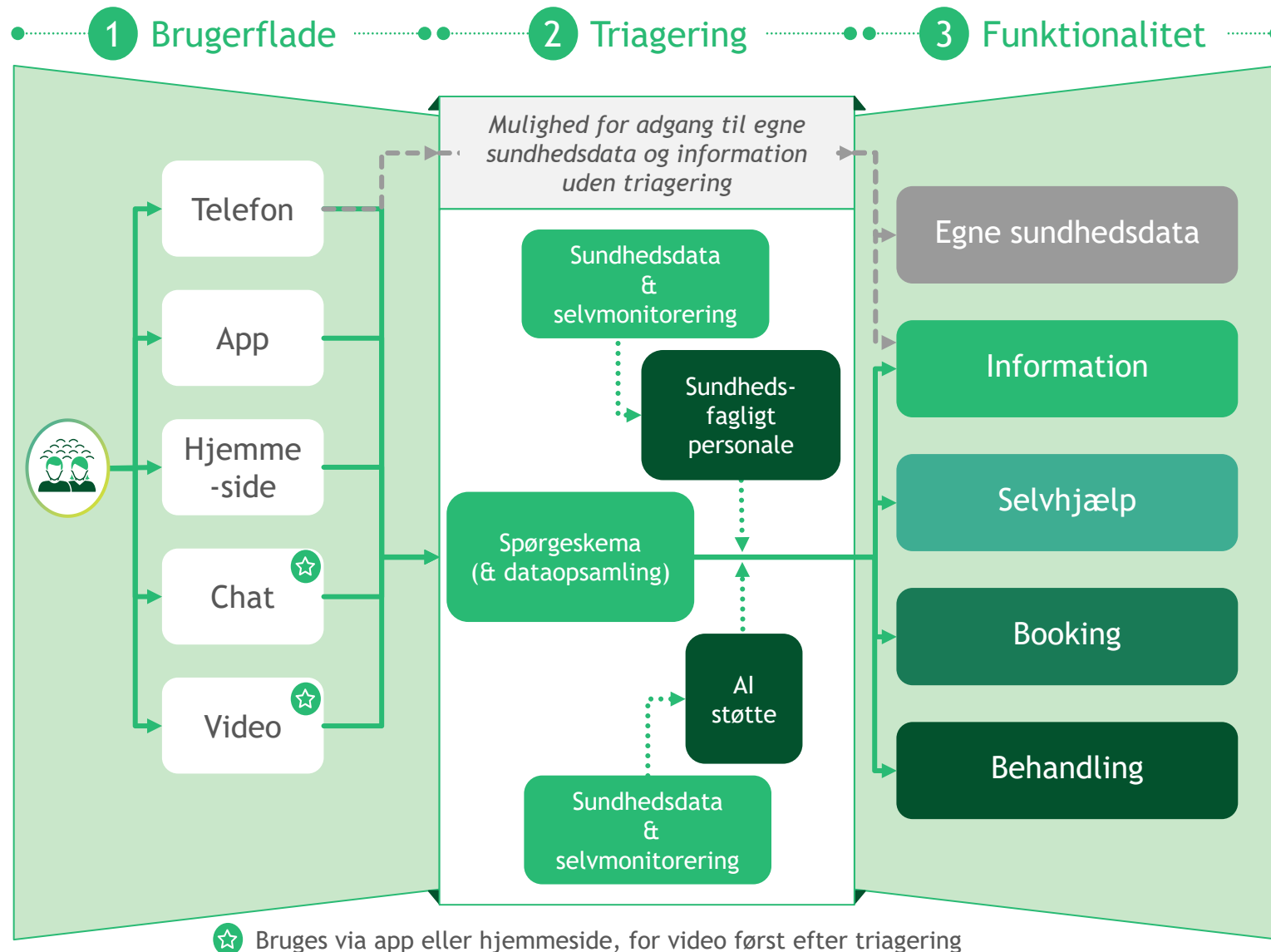
- En brugerflade for patienter, pårørende og sundhedsfaglige, der både kan tilgås med telefon, APP og hjemmeside
- En central triagering, der gennem spørgsmål leder patienten ind til det rette tilbud - evt. understøttet af eksisterende sundhedsdata og AI
- Triageringen giver adgang til information om sygdom og sundhed, selvhjælp, booking af kontakt og behandling (både henvisning til fysisk behandling og direkte via telemedicin). Endeligt er det muligt at få adgang til egne sundhedsdata uden triagering, ligesom det er muligt at søge viden om pårørendes sundhed og sygdom.

Det er vigtigt at understrege, at det vil være muligt at etablere den digitale fordør på flere måder, hvor der justeres på de tre centrale elementer.

På næste side uddybes, hvordan patienten får kontakt i den digitale fordør og de enkelte funktionaliteter, hvorefter vi udfolder to konkrete modeller for den digitale fordør.

Kilder: BCG analyse

Tre lag i en digital fordør



Patient brugerflade: Uanset indgangen ledes alle patienter til samme triagering

Det første lag i den digitale fordør er en brugerflade for patienter, pårørende og sundhedsfaglige, der både kan tilgås med telefon, app og hjemmeside. Alle tre primære kontaktflader leder brugere til samme triageringsystem og potentielt oversigt over egne sundhedsdata og information. Telefonen leder således ind til samme digitale forløb som app og hjemmeside, bl.a. ved brug af digital stemmegenkendelse.

De forskellige kontaktyper tillader brugere frit at vælge kontaktform og sikrer dermed lige adgang, også for ikke-digitale borgere. Mens telefonen gør den digitale fordør tilgængelig uanset digitale kompetencer, kan app og hjemmeside således tillade en mere intuitiv kommunikation. På disse kontaktflader kan fx gøres brug af visuelle virkemidler til at kommunikere information om sygdomme eller der kan tilbydes selvhjælp direkte.

Video og chat kan benyttes som digitale kommunikationsværktøjer fra app eller hjemmeside. Chatfunktionen kan kobles til både en automatisk chatbot eller en sundhedsfaglig. Videofunktionen kan understøtte bedre diagnosticering, men vil først blive benyttet, når der etableres direkte kontakt til en sundhedsfaglig.

På næste side uddybes de enkelte funktionaliteter i modellen for en digital fordør.



Lige adgang skal sikres:

- Patienter skal frit kunne vælge kontakt platform
- Der vil være visse fordele og ulemper forbundet med de forskellige valg

Primære kontaktflader: 3 typer kontakt leder patienter til samme triagering

Kræver ikke digitale kompetencer



Telefon

- Tilgængelig for alle
- Ingen mulighed for visuelle virkemidler

Kræver digitale kompetencer



App

- Nemmeste adgang for de fleste
- Visuelle virkemidler kan gøre interaktionen mere intuitiv



Hjemmeside

- Tilgængelig for de fleste
- Visuelle virkemidler kan gøre interaktionen mere intuitiv

For app og hjemmeside kan både chat- og videofunktion benyttes



Chat

- Kan kobles til både automatisk chatbot og sundhedsfaglig person
- Ventetid spiller en mindre rolle
- Sundhedsfaglige kan håndtere flere patienter



Video

- Kun til reel sundhedsfaglig kontakt efter triageringsproces
- Muliggør bedre diagnosticering

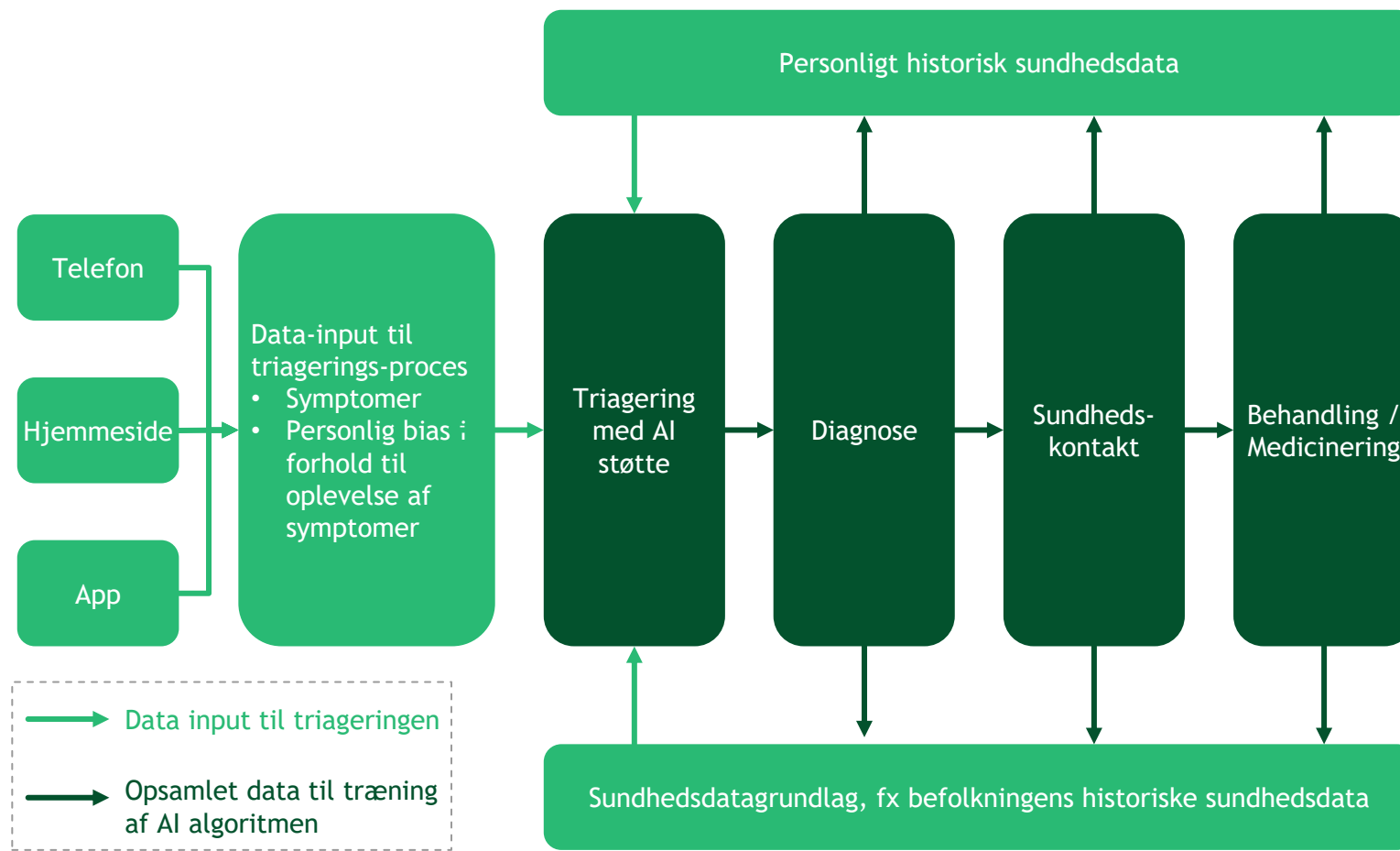
Triagering med AI støtte: AI inddrager flere datakilder til triagering, mens diagnose- og behandlingsdata opsamles og øger algoritmens datagrundlag

Til højre udfoldes dataflowet for AI-triagering i en digital fordør. Triagering støttet af AI er baseret på et dataflow, der først inkorporerer inputdata fra forskellige kilder, dernæst giver et estimat af de relevant behandlingsforløb for patienten, og endelig opsamler data fra hele processen og løbende opdaterer algoritmen.

Historiske data om patienten, baggrundspopulationen, og de rapporterede symptomer indgår som inputdata. Data analyseres, og algoritmen skaber et samlet billede af patientens behov.

Algoritmen kan foreslå diagnose, videre kontakt og behandling. Resultatet lagres i både den personlige sundhedsjournal og anonymiseret i databasen for den samlede population.

Når et behandlingsforløb afsluttes, samles data om den endelige diagnose, den faktiske behandling og de gennemførte kontakter. Denne information indføres som feedback til algoritmen og kan dermed bruges til at træne algoritmen. Fremtidig triagering for den pågældende patient og lignende patienter styrkes således gradvist.



Fem forskellige funktioner i den digitale fordør

Den digitale fordør giver adgang til fem funktioner, herunder 1) Adgang til egne sundhedsdata, 2) Information om sundhed og sygdomme, 3) Hjælp til selvhjælp, 4) Sundhedsfaglig kontakt og behandling og 5) Booking af tid jf. visitation.

Da det generelt kan være en udfordring for brugere at navigere i digital information om sygdomme og selvhjælp, hjælpes brugerne til rette sted. Således hjælper den automatiske triagering både brugere til sundhedsfaglig kontakt og booking, samt til relevant information og selvhjælp.

Egne sundhedsdata kan tilgås direkte uden triagering. For brugere, der ønsker selv at søge information fx om egne eller pårørendes sundhedsudfordringer, bør denne ligeledes kunne tilgås uden triagering.

Ved design af hver af de fem funktioner er der nogle strategiske overvejelser, der bør medtages. Eksempelvis skal det afklares, om sundhedsdata skal kunne trækkes på tværs af sektorer, eller kun fra særligt udvalgte kilder. Ligeledes skal det afklares, hvilke sundhedstilbud og behandlinger, der skal kunne henvises til.

På de næste sider opstilles to modeller for en digital fordør.

Funktion	Indhold	Strategisk overvejelse
Adgang til egne sundhedsdata	Adgang til sundhedsdata som fx sygehistorik, laboratoriesvar og fremtidige aftaler	Skal sundhedsdata kunne trækkes på tværs af sektorer og personlige apps, eller kun fra særligt udvalgte kilder?
Information	Info om både sundhed og sygdomme, inklusiv livsstilsvejledning, symptomforståelse og behandlingsforløb. Artikler bør adressere udfordringer der typisk søges hjælp til, fx stress, skilsmisse, sygdom i familien, kost, motion, rygning og alkohol	Skal information søges frem af patienten, eller skal det præsenteres automatisk ud fra patientens profil?
Selvhjælp	Selvhjælp til borgere med sundhedskompetencer til at håndtere egen behandling igennem fx sundhedsapps eller online kurser	Skal man skabe differentieret hjælp ved at lade patientdata indgå i udvælgelsen af selvhjælpskurser?
Behandling	Henvisning til fysisk behandling eller direkte telemedicinsk behandling og rådgivning	Hvilke sundhedsfaglige / behandlere skal der kunne henvises til?
Booking	Automatisk booking af tid hos en sundhedsfaglige person; alternativt henvisning til at selv at bestille tid	Er der dele af sundhedsvæsenet hvor automatisk booking skal/ikke skal ske?

Model 1: En digital fordør til egen læge

En digital fordør med fastholdt rolle for egen læge som første kontaktpunkt

En digital fordør kan i en forholdsvis enkel model understøtte egen læge i patienthåndteringen, og dermed frigøre ressourcer i almen praksis. I denne model 1 udnyttes mulighederne med sundhedsdata og kunstig intelligens (AI og GenAI) først til at identificere patienter, der ikke har behov for hjælp, og sænker dermed efterspørgslen på kontakt til egen læge. I denne proces opsamles sundhedsdata der beskriver borgerens nuværende tilstand, og gennem AI er det muligt at formulere anbefalinger af behandlingsbehov, der kan understøtte egen læge i vurderingen af patienten. Dette vil dermed effektivisere den enkelte konsultation.

Modellen, der specifikt understøtter patientens indgang til egen læge, er præsenteret på næste side, hvor patient flowet ligeledes er beskrevet.

Modellen har en række centrale funktioner:

- **Effektiv triagering med anvendelse af eksisterende data og AI.** Her anvendes patientens eksisterende sundhedsdata og AI-analyse af svar på sundhedsspørgsmål til at belyse patientens behov for sundhedsfaglig kontakt. Dette indebærer, at patientens eksisterende sundhedsdata er tilgængelige og ultimativt, at det også er muligt at sammenholde patientens data med data fra andre danske patienter med lignende forløb.
- **Hurtig henvisning til akuttilbud.** Hvis det i triageringen er klart, at patienten har akutte behov, kan patienten ledes hurtigt videre til relevante eksisterende akuttilbud, og der kan skabes kontakt til fx ambulance og skadestue mhp. at sikre hurtig adgang.
- **Patienter med mindre behov henvises til selvhjælp.** Hvis triageringen viser, at patienten med information og selvhjælp selv kan løse sin situation, kan patienten blive sendt videre til kurateret information og evt. digitale selvhjælpsforløb.

Kilder: BCG analyse

- **Visitation af egen læge.** Hvor triageringen viser, at patienten har behov for kontakt med en sundhedsfaglig, eller hvor behovet er usikkert, henvises til en konsultation med egen læge. I det omfang det er muligt at vurdere, hvor tidsfølsom patientens behov for hjælp er, kan dette indregnes i en automatisk booking af tid til konsultation. I forbindelse med konsultationen kan egen læge henvise til andre dele af sundhedssystemet, som det også sker i dag.
- **Vejvisning til sundhedstilbud der ikke kræver visitation.** Patienter med identificerede behov for kontakt, der ikke kræver visitation (fx øjen- eller øre-næse-hals-læge), kan guides direkte mod disse tilbud. Her kan potentielt også inddrages forskellige sundhedstilbud fra civilsamfundet.

Denne model beror på en forudsætning om fastholdelse af egen læges rolle som patientens primære og første kontaktpunkt i sundhedsvæsenet. Modellen ligger dog hermed også op til en større tilgængelighed af egen læge i forhold til visitationen af patienter, hvor behovet for kontakt er usikkert. Hvis dette skal håndteres, vil øget telefon og/eller virtuel kontakttid være nødvendig. Modellen kan dermed indebære et betydeligt træk på egen læge.

En forudsætning for denne model er således også, at almen praksis som helhed er i stand til at løfte denne opgave. Det er muligt, at dette kan medføre en stigende tendens mod dannelsen af større lægehuse, der således vil være bedre klædt på i forhold til den visiterende rolle.

Som vist på næste side, er der også en række andre centrale spørgsmål, som skal afklares, hvis man vælger at gå videre med denne model. Herunder bl.a. om det skal være muligt at ønske kontakt med egen læge, selv om man som patient er henvist til selvhjælp; samt om læge/lægeseekretær skal have adgang til en patients samlede sundhedsdata. Endelig vil der være behov for afklaring af bl.a. de økonomiske forhold samt det juridiske grundlag for modellen - dette uddybes i kapitlet om forudsætninger.

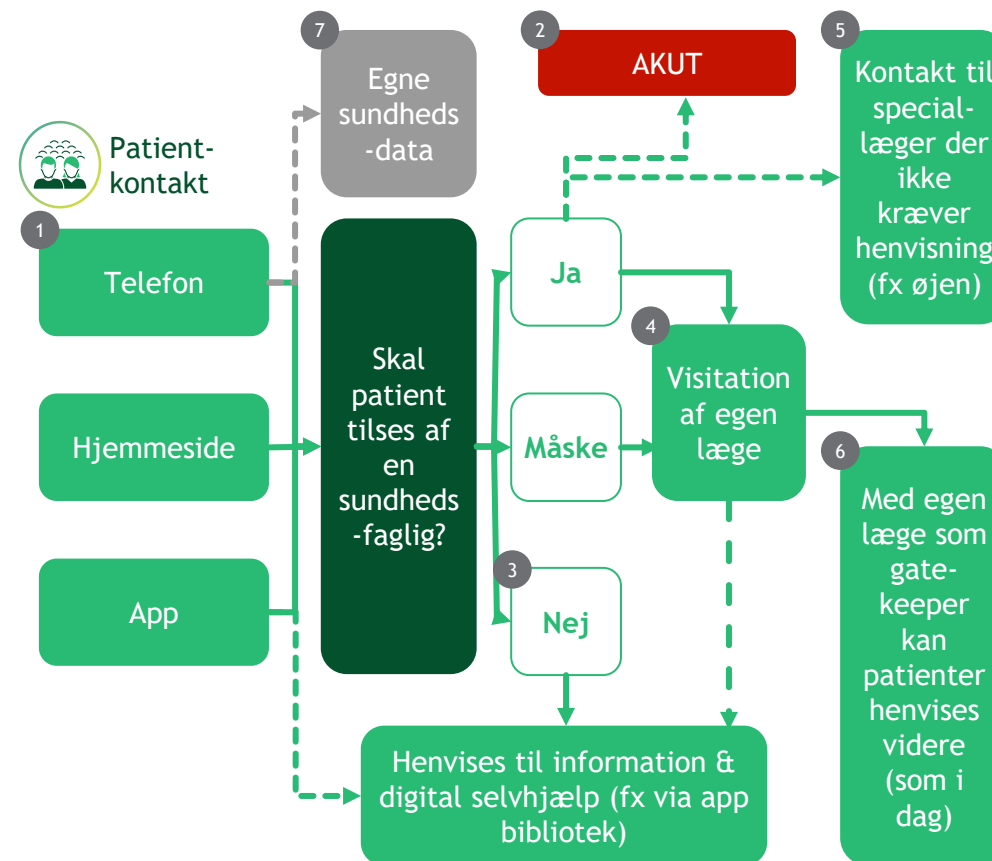
Model 1: Forsimplet patient flow i en digital fordør afgrænset til egen læge

Patient flow i modellen med egen læge som første mulige kontaktpunkt¹:

- 1 En patient kontakter fordøren gennem telefon, hjemmeside eller app. Alle kontaktmetoder starter samme triageringsforløb
- 2 For patienter, hvor kontaktbehov vurderes at være akut kan der omstilles til direkte kontakt med 112
- 3 For patienter, hvor det kan afgøres, at kontakt **IKKE** er nødvendig, kan der henvises til information og selvhjælp uden sundhedsfaglig kontakt
- 4 For patienter, hvor det **IKKE** kan afgøres, **OM** kontakt er nødvendig, henvises til kontakt til egen læge. Hvor den nødvendige tidshorisont for sundhedsfaglig kontakt kan vurderes, indregnes dette direkte i timingen af konsultationen med egen læge. Patienter med det mest tidsfølsomme behov kan således behandles først. Når patienten møder egen læge er data opsamlet i løbet af den digitale triagering, hvilket kan understøtte egen læge i forbindelse med konsultationen
- 5 For patienter med kontaktbehov, hvor det kan identificeres, at de kan hjælpes af sundhedsfaglige, der ikke kræver henvisning fra egen læge, fx øjenlæge eller øre-næse-hals-læge, kan der evt. henvises direkte til disse
- 6 Patienter, der er tilset af egen læge, kan som i dag henvises til yderligere behandling i sundhedsvæsenet
- 7 Patienter kan altid tilgå egne sundhedsdata direkte igennem platformen

1. I modellen med "egen læge som første mulige kontaktpunkt" skitseret til højre, understøttes almen praksis digitalt i opgaveløsningen. En forudsætning er dog markant større tilgængelighed for egen læge, hvilket potentielt kan lede til samling af læger i flere større lægehuse for at kunne håndtere denne tilgængelighed.

Kilder: BCG analyse



Udvalgte strategiske spørgsmål

- Skal patienter kunne sendes hjem udelukkende baseret på digital beslutningstagen?
- Skal tidligere sundhedsdata inddrages?

Model 2a: En "bred" digital fordør til hele sundhedsvæsenet

En bred digital fordør til det samlede sundhedsvæsen

Som det er vist gennem internationale erfaringer, er det muligt at tænke visionerne for en digital fordør mere vidtrækkende end model 1, og dermed skabe et endnu større potentiale for at understøtte opgaveløsningen på tværs af sundhedsvæsenet. I model 2a udnyttes mulighederne med sundhedsdata og kunstig intelligens (AI og GenAI) fuldt ud, og skaber en bred adgang til både digitale og traditionelle sundhedsydelser (på tværs af sygehus, almen praksis og kommune) direkte gennem den digitale fordør.

Modellen er præsenteret på næste side, hvor patient flowet ligeledes er beskrevet.

Model 2a har en række centrale funktioner:

- **Effektiv triagering med anvendelse af eksisterende data og AI.** Her anvendes patientens eksisterende sundhedsdata og AI-analyse af svar på sundhedsspørgsmål til at belyse patientens behov og lede patienten videre til det rette tilbud. Dette indebærer, at patientens eksisterende sundhedsdata er tilgængelige og ultimativt, at det også er muligt at sammenholde patientens data med data fra andre danske patienter med lignende forløb.
- **Hurtig henvisning til akuttilbud.** Hvis det i triageringen er klart, at patienten har akutte behov, ledes patienten igen hurtigt videre til relevante akuttilbud, som for model 1.
- **Patienter med mindre behov henvises til selvhjælp.** Hvis triageringen viser, at patienten selv kan løse sin situation, sendes patienten igen hjem med relevant information og evt. selvhjælp, som for model 1.

- **Styrket anvendelse af digitale behandlingsforløb.** Hvis triageringen viser, at patientens behov kan varetages hensigtsmæssigt med et digitalt behandlingsforløb, tilbydes et forløb direkte - dette kan være selvguidede forløb som i varierende grad anvender teknologiske hjælpemidler fx videokonsultationer, eller digitalt understøttet kontakt med en sundhedsfaglig.
- **Direkte kontakt til praksissektor, sygehus, kommune eller civilsamfund.** Patienter med identificerede behov for kontakt til læge, speciallæge, sygehus eller kommunale sundheds- og plejetilbud sendes direkte videre og får fysisk eller telemedicinsk adgang gennem den digitale fordør. Hvor behov for sundheds-tilbud der ikke kræver visitation er identificeret, er det muligt at inddrage henvisning til speciallæger (fx øjen- og øre-næse-hals-læge) eller tilbud i civilsamfundet.
- **Data gøres tilgængelig for sundhedsfaglige.** De data, der opsamles i forbindelse med triageringen gøres tilgængelige for den sundhedsfaglige, der efterfølgende får behandlingsansvaret, herunder både patientens symptomer og information om mest sandsynlige diagnose og behandling.

Denne model understøtter således hele patientens indgang til sundhedsvæsenet og sikrer, at patienten ender det rigtige sted baseret på en grundig data og AI-understøttet triagering.

Som vist på næste side er der dog også en række centrale spørgsmål, som skal afklares, hvis man vælger at gå videre med denne model, herunder om det skal være muligt at ønske kontakt med en sundhedsfaglig, selv om man som patient er henvist til selvhjælp; hvordan digitale forløb skal kvalitets-sikres; hvordan der i praksis kan skabes direkte adgang til sygehus, almen praksis og kommunale sundhedstilbud, hvor dette i dag kræver henvisning og visitation. Endelig vil der være behov for afklaring af bl.a. de økonomiske forhold samt det juridiske grundlag for modellen - dette uddybes i kapitlet om forudsætninger.

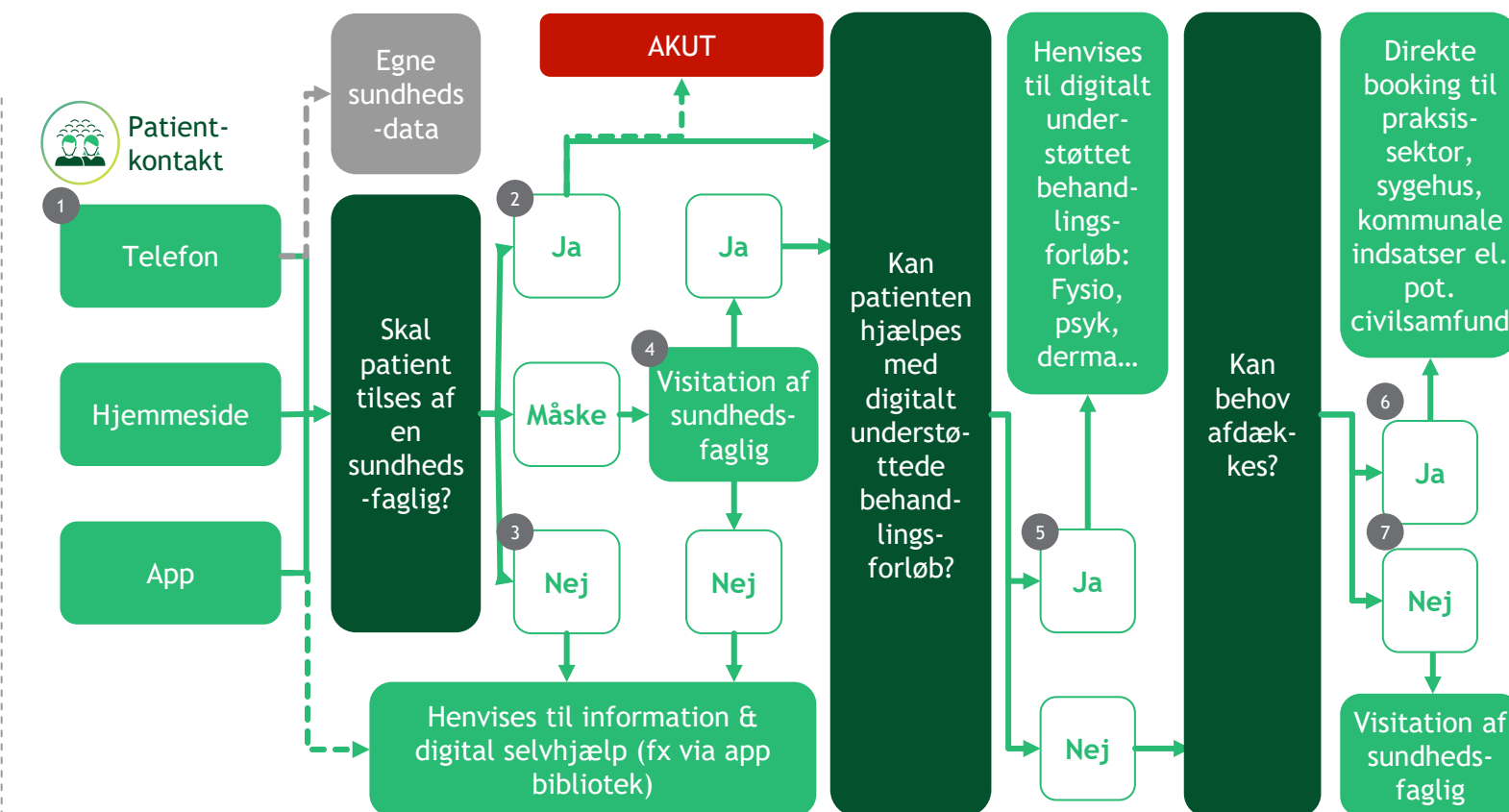
Model 2a: Forsimplet patient flow i en bred digital fordør

Patient flow i den "brede" model¹:

- 1 En patient kontakter fordøren gennem telefon, hjemmeside eller app. Alle kontaktmetoder starter samme triageringsforløb
- 2 For patienter, hvor det umiddelbart kan afgøres, at kontakt **ER** nødvendig, henvises til videre triagering, eller akut kontakt hvis nødvendigt
- 3 For patienter, hvor det kan afgøres, at kontakt **IKKE** er nødvendig, henvises til information og selvhjælp uden sundhedsfaglig kontakt
- 4 For patienter, hvor kontaktbehov ikke kan præciseres, henvises til personlig visitation af en sundhedsfaglig
- 5 For patienter med kontaktbehov, hvor det identificeres at, de kan hjælpes med et digitalt forløb, henvises uden videre kontakt
- 6 For patienter der ikke kan hjælpes digitalt, men hvor det specifikke behov kan afdækkes, bookes kontakt til relevante sektor direkte
- 7 Patienter med kontaktbehov, der ikke kan afdækkes konkret, henvises til personlig visitation af en sundhedsfaglig person

1. I den "brede model" skitseret til højre, åbnes for et løsningsrum der bl.a. vil kræve både lovgivningsmæssige og strukturelle ændringer. Disse beskrives i større detaljer i kapitel 6 om forudsætninger.

Kilder: BCG analyse



Udvalgte strategiske spørgsmål

- Skal somatik og psykiatri have samme indgang?
- Skal patienter kunne sendes hjem udelukkende baseret på digital beslutningstagen?
- Skal tidligere sundhedsdata inddrages?
- Skal sygeplejersker og læger støttes af AI?
- Hvilke behandlingstyper vil vi acceptere?
- Skal kommunale sundheds- og plejeindsatser inkluderes?
- Skal der være direkte henvisning?
- Skal der være direkte visitering?
- Hvem skal der kunne bestilles tid til direkte?

Model 2b: Triagering og selvhjælp uden direkte adgang

En digital fordør med almen praksis som gatekeeper til den sekundære sektor

I model 2b udnyttes mulighederne med sundhedsdata og kunstig intelligens (AI og GenAI) fortsat fuldt ud. Modsat model 2a, fastholdes de nuværende strukturelle grænser mellem sektorer dog, og almen praksis fastholder således funktionen som gatekeeper. Denne model fastholder altså almen praksis i den nuværende henvisende nøglerolle, dog med mulighed for at optimere trækket på alment praktiserende læger, da der ikke nødvendigvis kræves adgang til "egen læge".

Hvor denne model ligeledes kan identificere et behov for lægefaglig udredning, vil brugere fortsat skulle følge de samme henvisnings- og kontaktmønstre som i dag.

Modellen er præsenteret på næste side, hvor patient flowet ligeledes er beskrevet.

Modellens første centrale funktioner er de samme som for model 2a:

- **Effektiv triagering med anvendelse af eksisterende data og AI.** Her anvendes igen patientens eksisterende sundhedsdata og AI-analyse af svar på sundhedsspørgsmål til at belyse patientens behov og lede patienten videre til det rette tilbud.
- **Hurtig henvisning til akuttilbud.** Hvis det i triageringen er klart, at patienten har akutte behov, ledes patienten igen hurtigt videre til relevante akuttilbud.
- **Patienter med mindre behov henvises til selvhjælp.** Hvis triageringen viser, at patienten selv kan løse sin situation, sendes patienten igen hjem med relevant information og evt. selvhjælp.

Modellens næste funktioner adskiller sig fra model 2a:

- **Patienter med kontaktbehov henvises til videre visitation.** Patienter med identificerede behov for kontakt til læge sendes til almen praksis. Her tilses patienten, og den alment praktiserende læge henviser evt. videre til speciallæge og sygehus.
- **Patienter med behov for kommunale sundheds- og plejeindsatser visiteres af kommunerne.** Patienter med identificerede behov for kommunale sundheds- og plejetilbud henvises til den lokale kommune mhp. på videre vurdering af behov.

Denne model understøtter således fortsat patientens indgang til sundhedsvæsenet og vil lede en gruppe patienter til selvhjælp uden om unødvendig sundhedsfaglig kontakt. Modellen vil også sikre, at patientdata opsamles som en del af triageringen, og vil dermed kunne støtte den alment praktiserende læge i den videre udredning.

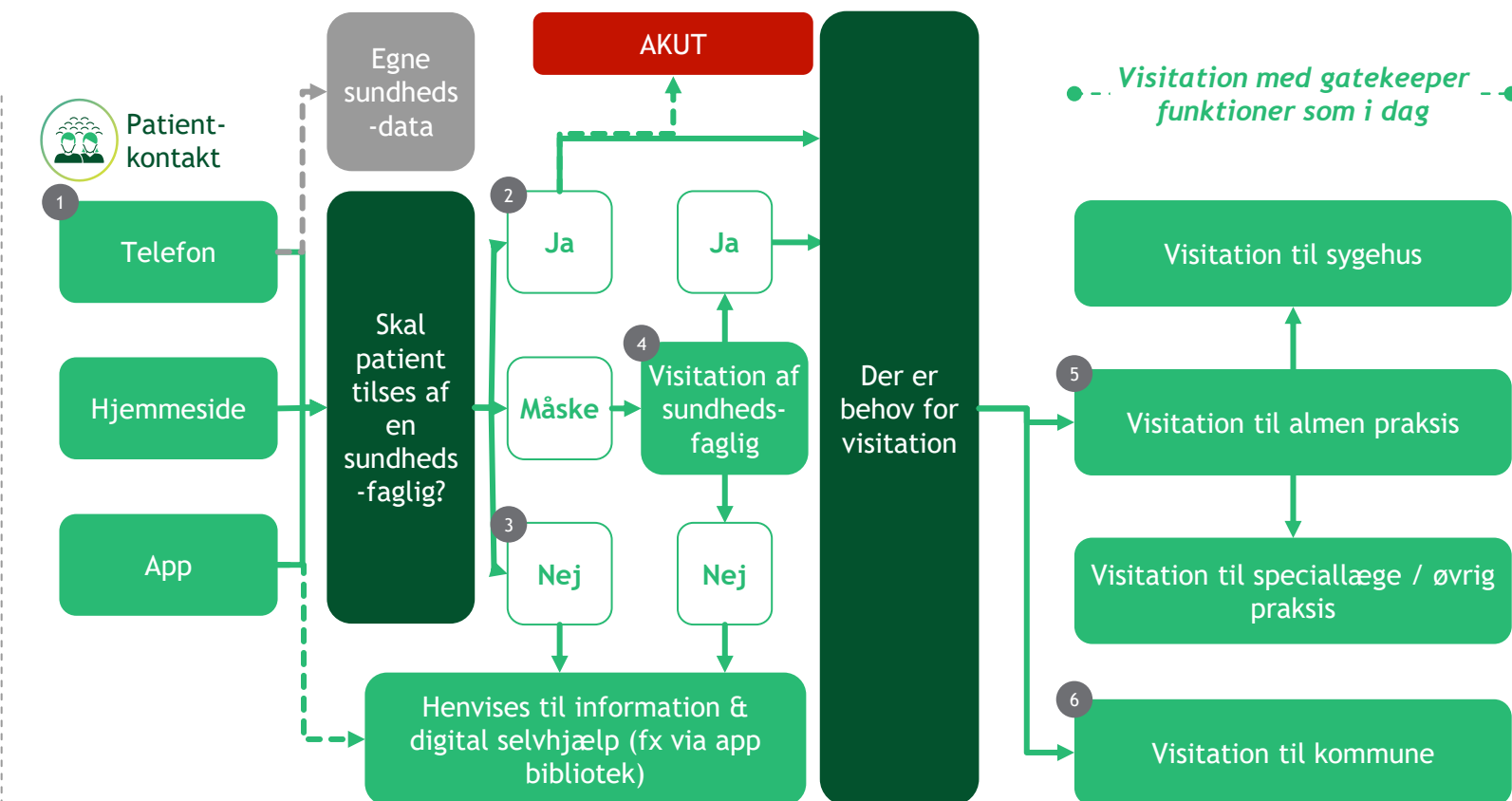
Modsat model 2a vil denne model dog ikke lede til direkte henvisning. Patienter vil således ikke nødvendigvis indtræde i sundhedsvæsenet på det mest optimale specialiseringsniveau.

Som vist på næste side er der dog også en række centrale spørgsmål, som skal afklares, hvis man vælger at gå videre med denne model, herunder om det skal være muligt at ønske kontakt med en sundhedsfaglig, selv om man som patient er henvist til selvhjælp. Det vil dog forventeligt være nemmere at implementere denne model, da der de overordnede strukturer og områdernes autonomi fastholdes.

Model 2b: Forsimplet patient flow uden direkte adgang

Patient flow i en model uden direkte adgang¹:

- 1 En patient kontakter fordøren gennem telefon, hjemmeside eller app; alle kontaktformer starter samme triageringsforløb
- 2 For patienter, hvor det kan afgøres at kontakt ER nødvendig, henvises direkte til videre visitation, eller akut kontakt hvis nødvendigt
- 3 For patienter, hvor det kan afgøres, at kontakt IKKE er nødvendig, henvises til information og selvhjælp uden sundhedsfaglig kontakt
- 4 For patienter, hvor kontaktbehov ikke kan præciseres, henvises til personlig visitation af en sundhedsfaglig
- 5 For patienter med etableret kontaktbehov, henvises til almen praksis, hvorfra der videre kan henvises til sygehus eller speciallæge
- 6 For patienter, hvor kommunale tilbud kan være relevante, henvises til den kommunale visitation til sundheds- og plejeindsatser



1. I modellen "uden direkte adgang" skitseret til højre, åbnes for et løsningsrum der bl.a. vil kræve lovgivningsmæssige ændringer, men med mindre behov for afgivelse af sektoriel autonomi. Forudsætninger beskrives i detaljer i kapitel 6.

Kilder: BCG analyse

Udvalgte strategiske spørgsmål

- Skal somatik og psykiatri have samme indgang?
- Skal patienter kunne sendes hjem udelukkende baseret på digital beslutningstagen?
- Skal tidligere sundhedsdata inddrages?
- Skal sygeplejersker støttes af AI?
- Hvilke behandlingstyper vil vi acceptere?

Perspektiver på udviklingen af en digital fordør over tid

Digital triagering bør prioriteres først

Udviklingen af en digital fordør kan med fordel ske i faser med forskellige hensyn. I starten bør der fokuseres på at skabe reel værdi for både borgere og sundhedsvæsen, mens der i efterfølgende faser kan ske en udbygning af funktioner og udbredelse.

Vejen frem mod implementeringen af en digital fordør vil naturligvis afhænge af den valgte model. Dog vurderes den digitale triagering at være en central komponent, der i sig selv kan sikre stor værdiskabelse (udfoldes efterfølgende). Udviklingen kan derfor med fordel tidligt prioritere digital triagering af kontakten til egen læge og/eller lægevagt.

I forbindelse med udviklingen af den digitale triagering, er der helt centrale strategiske overvejelser, som der skal tages stilling til, herunder:

- Er ambitionsniveauet at inddrage AI-algoritmer som støtte til læger og sygeplejersker, eller skal der indledningsvis udelukkende være en spørgeskemaløsning?
- Skal triageringen inddrage patientens sundhedsdata og anonymiseret populationsdata?
- Skal patienter kunne sendes hjem udelukkende baseret på digital triagering?

Besvarelsen af disse spørgsmål sætter også rammen for den videre udvikling.

Sideløbende med etablering af triagering kan andre funktioner udbygges

Da en række funktioner allerede eksisterer i dag, såsom digital adgang til egne sundhedsdata og information om sygdomme, vil det være en mindre udfordring at indbygge disse funktioner i en digital fordør.

I de helt tidlige faser kan man inkorporere allerede kendte platforme og apps, mens der arbejdes på at udvikle den underliggende IT arkitektur og gradvist tilføje mere målrettet information og digitale selvhjælps- og behandlingsforløb.

Større udbredelse kan indføres med en længere tidshorisont

Udbredelsen af en digital fordør startes forventeligt nemmest med et almen medicinsk fokus, såsom lægevagt eller almen praksis. Da udbredelse af digital triagering med direkte henvisning til fx sygehus eller kommunale sundheds- og plejeindsatser vil kræve afklaring af bl.a. områdernes autonomi, budgetter m.m.



Indhold

1

Baggrund, formål og tilgang

2

Erfaringsgrundlag

3

Eksisterende digitale triageringsmetoder

4

Mulige modeller for en digital fordør

5

Gevinster

6

Forudsætninger

Gevinster ved en digital fordør med AI-støttet triagering

Omstillingspotentiale: En digital fordør til sundhedsvæsenet har potentiale til at understøtte en mere effektiv triagering og mere målrettede behandlingsforløb. For nogle vil dette inkludere selvhjælp og dermed helt fjerne kontakten, for andre vil det betyde målrettet hjælp af sundhedsfaglige på lavest effektive specialiseringsniveau. Det kan også indebære et digitalt behandlingsforløb. Med et stigende antal patienter i alle dele af sundhedsvæsenet, vil en digital fordør derfor have et stort potentiale for at aflaste sundhedsvæsenet.

Case: For at belyse potentialet af en digital fordør til sundhedssystemet tages udgangspunkt i en eksisterende løsning fra Sverige (Platform 24), som tilbyder en digital fordør, der skaber overblik over egne sundhedsdata, visiterer patienter med anvendelse af AI-støttet triagering og formidler telemedicinsk kontakt til sundhedsfaglige. Det skal dog understreges, at der er betydelig usikkerhed forbundet med denne beregning, da både gevinster og omkostninger vil afhænge af de konkrete valg, der træffes ift. funktionalitet og ambitionsniveauet for en digital fordør.

Målgruppe: Alle borgere, der søger (førstegangs) kontakt til en sundhedsfaglig i en konkret situation.

Resultater fra Platform 24 og lignende løsninger

Der findes endnu ikke effektstudier af det fulde potentiale ved en digital fordør. Triagering til lavest effektive specialiseringsniveau vil således forventeligt effektivisere behandlingen og frigøre ressourcer, men der savnes analyser af disse og andre konkrete effekter.

Optimeringen af den første kontakt har dog i sig selv et stort potentiale, viser erfaringer fra digitale fordøre i Sverige, Australien og Canada. Disse peger på to gevinster:

- En **reduktion i kontakter til almen praksis** grundet digital triagering
- En effektivisering af **konsultationstiden**, hvilket frigør tid

Ekstrapolering af potentialer til en national kontekst

Hvis en der implementeres en digitalt understøttet triagering i den første kontakt tilsvarende Platform24, vil det medføre en række gevinster:

- Nogle patienter kan hjælpes med selvhjælp, og dermed **mindke behovet for lægefaglig kontakt**
- Dataopsamling under patienters interaktion med fordøren kan effektivisere de følgende konsultationer, og **øge kapaciteten pr. læge eller sygeplejerske**

Det skal således understreges, at der her ses på gevinster ved en central del af en digital fordør men ikke hele løsningen.

Øvrige potentialer ved en digital triagering

Implementeringen af en digitalt understøttet triagering vil det forventeligt betyde yderligere effekter, herunder:

- **Klinisk kvalitet:** AI-støtte til lægers behandlingsbeslutninger kan sikre mere præcis udredning og diagnose²
- **Lige adgang til sundhed:** En digital triagering muliggør udredning og vurdering af kontaktbehov uanset geografi
- **Forbedret patientoplevelse:** Centralisering af sundhedsinformation gør kommunikation med sundhedspersonale nemmere og øger patienttilfredsheden.

Digital triagering: Beregning af den økonomiske gevinst for sundhedsvæsenet

Konklusion:



- Frigjort kapacitet og effektivisering af kontakt til almen praksis gennem en digital triagering har umiddelbart potentiale til at frigøre 900-1.500 mio. kroner årligt. Det skal dog understreges, at gevinsterne vil afhænge meget af den valgte løsning og at beregningen her tager udgangspunkt i erfaringer fra Platform24.
- Dette medtager heller ikke det massive yderligere potentiale i reduktion af spildte kontakter opnået ved triagering af patienter til rette specialiseringsniveau

Beregning

Sparede kontakter til AP	4 - 8 mio.
×	×
Prisen for en konsultation	117
=	=
Besparelse fra digital triagering	500 - 900 mio.
+	+
Effektiviseringsgevinster	400 - 600 mio.
=	=
Årlige frigjorte ressourcer (DKK)	900-1.500 mio.

Rationale

I 2022 var der ~40 mio. kontakter til almen praksis i Danmark. Erfaringer fra Sverige viser, at kontaktbehovet kan reduceres med 20 pct. ved brug af AI støttet triagering.¹ Da reduktionen i kontaktbehovet afhænger af den benyttede triageringsmodel, anvendes her et konservativt estimat på 10-20 pct. reduktion i antal kontakter.

Prisen for en gennemsnitlig kontakt til en alment praktiserende læge var 117 DKK. i 2022.

10-20 pct. af kontakterne til praktiserende læge kan reduceres via AI-triagering, som henviser patienter til enten information, selvhjælp eller uden om almen praksis direkte til fx akut behandling. Herved kan udgifterne til kontakt til almen praksis reduceres med 500-900 mio.

Efter reduktion i antallet af kontakter har almen praksis fortsat 32-36 mio. kontakter. Effektiviseret AI-støttet diagnostik kan øge lægers kapacitet med 20 pct.¹ Konservativt estimeres, at 10-15 pct af de praktiserende lægers tid spares, hvilket giver 3,5 til 5 mio. flere kontakter for de samme ressourcer. Ved en pris pr. konsultation på 117 DKK opnås effektiviseringsgevinster på 400-600 mio. kr. pr. år

Ved at sammenholde reduktion i kontakter til almen praksis, effektiviseringsgevinsterne og de forventede omkostninger ved at udvikle og drifte en digital triagering estimeres den samlede årlige nettobesparelse til 900-1.500 mia. DKK.

Omkostninger: Det er vanskeligt at estimere omkostningerne ved digital triagering, da det vil afhænge meget af den konkrete løsning. Eksempler fra udlandet: K Health i USA = 2,6 mia. DKK, Wellness Together Canada = 1,5 mia. DKK.³ På baggrund heraf estimeres en samlet omkostning på 1-3 mia. DKK over en 10 årig periode. Det store spænd understreger den betydelige usikkerhed forbundet med dette estimat.

Note: Tal afrundes; Kilder: 1. Innovation Origins, 2022, Platform24 first European health app to receive EU certification as a medical device; 2. Calcalist Tech, 2023, Unicorn K Health raises \$59 million in down round; Sundhedsdatastyrelsen; 3. Toronto Star, 2021, 'A national online mental health portal had 1.2 million users in its first year. Is Wellness Together Canada here to stay?' (thestar.com); Sundhedsdatastyrelsen; BCG analyse.

Digital triagering: Øvrige gevinster for patienter, klinikere og samfundet

Det fulde potentiale ved digital triagering afhænger af en række forbehold. Særligt vurderingen af frigjort kapacitet kan variere både med den teknologiske udvikling og med den kulturelle modenhed. De væsentligste betragtninger beskrives nedenfor.

Digital triagering kan frigive knappe ressourcer

Digitalt understøttet triagering kan som vist reducere antallet af kontakter til almen praksis. Det kan reducere behovet for fysiske konsultationer og give mulighed for at håndtere rutinemæssige henvendelser digitalt, hvilket kan frigøre ressourcer i almen praksis. Som en yderligere gevinst kan digitalt understøttet triagering understøtte, at borgere hurtigt dirigeres korrekt i sundhedssystemet, hvilket kan sikre mere effektiv anvendelse af ressourcer.

AI og datastøtte til læger sikrer effektiv triagering

Digital triagering kan forbedre den kliniske kvalitet på to måder: 1) Frigørelse af ressourcer skaber mere tid til den enkelte patient¹, og 2) Datastøtte til læger sikrer, at patienter henvises korrekt, hvilket sikrer hurtig og målrettet behandling for patienter. Sundhedsfaglige må dog fortsat involveres i behandlingsbeslutninger om langt størstedelen af kontakterne.²

En mere avanceret model for en digital fordør kan potentielt indeholde kobling til selvmonitoreringsapps og dermed dele oplysninger om visse symptomer og sygdomme, hvilket kan have en forebyggende effekt, fx for patienter med KOL eller depression.

Digital sundhedsadgang sikrer lige pleje for alle borgere

Med en digital indgang kan patienter få hurtig adgang til sundhedsfaglig rådgivning uafhængigt af geografisk placering. Telemedicin kan integreres for yderligere at overkomme afstandsudfordringer og minimere ventetider. For dem, der ikke kan bruge den digitale indgang, kan pårørende assistere som digital støtte eller de kan fortsætte med at bruge de analoge indgange til sundhedsvæsenet.

Forbedring af patientoplevelsen gennem online sundhedsydelser

Udover den mere relevante adgang til behandling, hjælper den automatiske triagering også med at henlede patienter til den mest relevante information og evt. selvhjælp. For patienter kan det være overvældende at skulle identificere de mest relevante kilder for at håndtere en given sundhedsmæssig udfordring. Her sikrer triageringen en bedre oplevelse for patienten.

Digital triagering: Forbehold for potentialeberegning

I ovenstående potentialeberegninger er der udelukkende estimeret en gevinst for implementeringen af digital triagering. Det fulde potentiale afhænger af en række forbehold. Særligt vurderingen af frigjort kapacitet kan variere både med den teknologiske udvikling og med den kulturelle modenhed. De væsentligste betragtninger beskrives nedenfor.

Kapacitet frigjort pba. ændret antal kontakter til lægen:

Digital triagering kan omdirigere relevante kontakter til selvhjælp, hvilket, som beskrevet, frigiver kapacitet. Andelen af patienter, der håndteres uden direkte lægelig kontakt, afhænger bl.a. af præcisionen i den digitale triagering, hvilket understøttes af algoritmens performance. Den fulde udnyttelse af dette potentiale, er dog også et spørgsmål om klinisk kultur. Placeringen af behandlingsansvaret, når patienter sendes til selvhjælp, skal fortsat håndteres. Dette kan medføre et "forsigtighedsprincip", som markant vil reducere mængden af patienter, der ledes væk fra sundhedsfaglig kontakt, hvilket vil mindske potentialet.

Digital triagering gør det nemmere at søge kontakt og må dermed forventes at sænke barrieren for kontaktsøgning for en stor gruppe borgere. Indførelsen af digital triagering kan dermed potentielt øge det samlede antal af borgere, der søger kontakt til almen praksis. Dette kan potentielt lede til flere konsultationer i almen praksis, og vil dermed også kunne mindske potentialet.

Kapacitet frigjort pba. effektivisering af konsultationer:

Med valid AI-drevet behandlingsrådgivning vil en læge angiveligt kunne diagnosticere hurtigere. I tidligere viste beregninger, omsættes denne tid til øget effektivitet. Med teknologiens udvikling vil algoritmerne blive mere præcise, hvorfor effektivisering potentielt kan blive endnu større. Da læger fortsat skal håndtere de reelle konsultationer, vil dette dog have en naturlig begrænsning.

Læger varierer i dag mellem komplekse og simple patienter. Nogle patienter vil derfor kunne håndteres hurtigere end den afsatte tid. Hvis flere af de simple patienter ledes uden om lægens konsultation, vil det primært være mere komplekse patienter der møder lægen. Selv med datastøtte fra den digitale triagering vil en forventet stigning i effektiviteten dermed kunne presse de praktiserende læger. Hvis denne udvikling ikke håndteres på en passende måde, vil det kunne føre til en modsatrettet effekt blandt praktiserende læger, og dermed et mindsket potentiale.

Den digitale fordør forventes yderligere at frigøre kapacitet:

Det beregnede potentiale tager udgangspunkt i kendte effekter ved digital triagering. Imidlertid kan digital triagering også mindske spild, såfremt patienter hurtigere kommer til rette læge og får rette behandling. Ydermere forventes funktioner som bookingsystemer, digitale receptfornyelser, tilgængelig information og selvhjælp at kunne frigøre yderligere kapacitet. Det fulde potentiale af den digitale fordør er derfor væsentligt større end de gevinster, som den digitale triagering alene leder til.



Indhold

1

Baggrund, formål og tilgang

2

Erfaringsgrundlag

3

Eksisterende digitale triageringsmetoder

4

Mulige modeller for en digital fordør

5

Gevinster

6

Forudsætninger

Forudsætninger: Etableringen af en digital fordør kræver at både generelle og design-specifikke forudsætninger imødekommes

Som beskrevet ovenfor, forventes en digital fordør at have en positiv business case med en række afledte gevinster for patienter, klinikere og samfundet.

Der er dog også en række forudsætninger for implementeringen af en digital fordør til sundhedsvæsenet, som udfoldes i dette kapitel.

Som vist til højre, vil en række forudsætninger være generelle uanset ambitionsniveauet og hvilken konkret model, der vælges for den digitale fordør. Uanset hvilken model der implementeres, skal fx den organisatoriske forankring og finansieringen afklares.

Herudover er der også en række mere designspecifikke forudsætninger. Fx kan lovgivning eller økonomi begrænse udfoldelsen af specifikke funktioner i en digital fordør, og håndteringen af disse forudsætninger vil derfor påvirke prioriteringen af funktionelle komponenter.

Etableringen af en digital fordør kræver generelle forudsætninger uanset model

Generelle forudsætninger overvejes for alle modeller af en digital fordør. Specifikke valg vil styre implementering, administration og anvendelse:

- **Organisatorisk forankring**
- **Finansiering**
- **Datahåndtering**
- **Kommunikation**
- **Kompetenceudvikling**
- **Opfølgning og videreudvikling**

Designspecifikke forudsætninger varierer med valg af model

Forudsætninger der drives af design valg, vil have varierende indvirkning på udviklingen og vil ofte påvirke tidslinje og prioritering:

- **Lovgivning**
- **Autonomi**
- **Behandlingsansvar**
- **Økonomi**
- **IT arkitektur og infrastruktur**
- **Teknologi**

Generelle forudsætninger: Uanset model, kræver driften af en digital fordør en række konkrete tiltag

Nedenfor uddybes de primære faktorer, der skal afklares i forbindelse med udvikling og implementering af en digital fordør, uanset hvilken model der vælges.

Organisatorisk forankring

- Beslutning om hvordan den digitale fordør skal ledes og hvor den skal forankres, fx om der etableres en særskilt enhed, eller den skal forankres i eksisterende strukturer

Finansiering

- Etablering af finansieringskilder til udvikling, implementering og drift

Datahåndtering

- Afklaring af det juridiske grundlag og etablering af processer til håndtering af data, der overholder nuværende lovgivning, fx GDPR
- Begrænsning af risici i forhold til datasikkerhed, inklusiv værn mod cyberangreb

Kommunikation

- Deling af information om den digitale fordør så kendskab udbredes i befolkningen
- Oplysning om hvordan fordøren bruges, herunder udvikling af visuelle digitale træningsværktøjer

Kompetenceudvikling







- Oplæring af personale der aktivt arbejder med fordøren, fx indgår i triageringsprocessen
- Træning af personale, der modtager patientkontakt igennem fordøren

Opfølgning og videreudvikling

- Håndtering af kvalitetssikring og løbende videreudvikling af fordøren
- Etablering af kanaler til monitorering og feed back fra brugere

Design-specifikke forudsætninger: Valg af model vil indebære, at særlige forudsætninger skal imødekommes

Nedenfor fremgår de primære overvejelser ift. de designspecifikke forudsætninger. De centrale forudsætninger udfoldes på de følgende sider.

Forudsætninger	Beskrivelse af hoved udfordring
 Lovgivning	Kræver løsningen lovgivningsmæssige ændringer, fx i forhold til Forvaltningslov, Service- og sundhedslov?
 Autonomi	Vil løsningen indebære, at der skal afgives autonomi fra regioner og kommuner mhp. at sikre direkte adgang?
 Behandlingsansvar	Hvem har behandlingsansvaret for patienter der benytter fordøren, og hvordan skifter dette i forløbet (fx ved første kontakt med en behandler)? Hvordan sikres patientsikkerhed i anvendelsen?
 Økonomi	Hvor stor en investering er krævet for hhv. at implementere og drifte fordøren?
 IT arkitektur og infrastruktur	I hvilket omfang er der behov for at integrere IT hardware, systemer og softwareapplikationer fra forskellige sektorer - og hvad vil dette kræve?
 Teknologi	Eksisterer den teknologi, de algoritmer og de apps der skal anvendes allerede, eller vil man være afhængig af nyudvikling?

Lovgivning: Forudsætninger for opsamling, lagring og deling af data, samt klinisk certificering

Nuværende lovgivning skaber barrierer for en digital fordør

På tværs af de forskellige løsningsmodeller, er der centrale komponenter, der kan blive udfordret af den nuværende lovgivning. Dataopsamling og datadeling er nødvendig for fx at implementere automatisk triagering eller direkte henvisning på tværs af sektorer. Endvidere vil brugen af apps og andre digitale løsninger i patientforløbet i nogen omfang kræve godkendelse og evt. MDR-certificering.¹

Implementering af en digital fordør indebærer flere centrale lovgivningsmæssige udfordringer:

- **Service lov¹ og Sundhedslov²:** Data der opsamles under Sundhedsloven kan ikke uden videre deles til formål, der administreres under Serviceloven. Dette kan komplicere fx triagering på tværs af sektorer.
- **Forvaltningsloven:** Loven påpeger, at offentlige myndigheder skal indhente samtykke fra borgere, før de indsamler eller videregiver personlige oplysninger. Dette kan besværliggøre deling af sundhedsdata.
- **EU's forordning om medicinsk udstyr (MDR³):** MDR-lovgivningen fra EU medfører, at digitale sundhedsløsninger skal undergå klinisk evaluering, kvalitetsstyring, teknisk dokumentation, osv. Der skal tages højde for disse krav i udviklingen af en digital fordør
- **GDPR lovgivning:** Den nuværende lovgivning kræver samtykke til opsamling, opbevaring og deling af data. Dette skal, som for forvaltningsloven, indtænkes i udviklingen af processerne for deling af sundhedsdata.

Særlige forudsætninger for udviklingen af automatisk triagering

Udviklingen af automatiske triageringsmetoder kræver et solidt datagrundlag, særligt hvis AI algoritmer benyttes. Algoritmer er allerede kommercielt tilgængelige, men det vil uanset løsning være en nødvendig del af udviklingen, at træne disse algoritmer på danske sundhedsdata. Deling af dansk sundhedsdata på tværs af sektorer kan derfor være en forudsætning for at udvikle en effektiv triageringsløsning.

Hvor en række love regulerer deling af personlige sundhedsdata, er der et potentiale for at bruge populationsdata, så længe det ikke er personhenførbart. Således vil det være muligt at udvikle kvaliteten af automatiske triageringsværktøjer, baseret på dansk data.

En væsentlig styrke ved AI-støttet triagering er dog, at algoritmen over tid også kan trænes til at visitere borgere i forhold til deres egen sygehistorik. Algoritmen kan således analysere borgeres behov i forhold til kendte sygdomme, tidligere oplevede symptomer, osv. Det vil dog kræve, at personhenførbart data kan indsamles, lagres og bruges af algoritmen. Dette vil være en udfordring ift. gældende regulering.

1. Serviceloven regulerer social service og støtte til borgere; 2. Sundhedsloven regulerer sundhedsvæsenets organisation og ydelser; 3. MDR: Medical Device Regulation, et sæt regler, der regulerer produktion og distribution af medicinsk udstyr i Europa

Autonomi: Fordøren kan ændre styringen af sundhedsydelse

En digital fordør kan ændre kontrolmønsteret for patientkontakt

Som patient kan man i dag booke kontakt til en del alment praktiserende læger, samt til nogle specifikke speciallæger, såsom øjenlæger, øre- næse- halslæger, osv. Ved implementeringen af en digital fordør, der gør brug af digitaliseret triagering, kan der åbnes yderligere for direkte booking af sundhedskontakt på tværs af sektorer.

Hvor den faciliterede adgang til almen praksis vil være en mindre ændring, kan den fulde udbredelse af den digitale fordør potentielt skabe et større skift i tilgangen til konsultationer med en lang række speciallæger på sygehuse eller visitere direkte til kommunale sundheds- og plejeindsatser.

Da det ændrede kontaktmønster direkte kan påvirke trækket på de relevante sundhedstilbud og dermed have en direkte indvirken på de specifikke budgetter, forudsætter implementeringen af den digitale fordør klare rammer for træk på kapacitet og budgetter.

Ændring i kontrolmønster kræver ændret klinisk kultur

Herudover skal kulturen omkring klinisk ansvar også gentænkes. Almen praksis har i dag en helt central rolle som 'gatekeeper' i sundhedsvæsenet. Ved brug af automatiseret triagering ledes denne primære funktion væk fra almen praksis og over i den digitale fordør for en stor gruppe patienter. Det er derfor nødvendigt at opbygge en kultur med tillid til den digitale triageringsmetode

Behandlingsansvar: Digital triagering skaber usikkerhed om ansvar

Digital triagering kan skabe udfordringer ift. behandlingsansvar

Når digitale triageringsværktøjer anvendes i det danske sundhedsvæsen, kan der opstå uklarhed om ansvarsfordelingen. For nuværende er der et klart juridisk behandlingsansvar, da patienter har kontakt til sundhedsfaglige i løbet af processen. Med den digitale triagering i en fordør, vil den første kontakt overtages af et digitalt værktøj.

Afhængigt af hvordan løsningen implementeres kan dette skabe usikkerhed om, hvem der bærer det endelige ansvar for medicinske beslutninger: Er det systemet, den læge, der anvender det, patienten eller en kombination? Specielt er det svært at placere ansvaret, hvis patienten henvises til selvhjælp.

At skabe klarhed omkring, hvor det juridiske behandlingsansvar ligger, er derfor en væsentlig forudsætning for implementeringen af en digital fordør med digital triagering. Uden en klarhed omkring behandlingsansvaret kan der potentielt opstå både juridiske og etiske problemer.

Erfaring fra de eksisterende digitale løsninger viser to forskellige måder at løse dette på: 1) Tydeliggørelse af at patienten alene står med ansvaret for brugen af den digitale løsning, og 2) Deling af ansvar mellem patienten og udbyderen af den digitale triagering. Den første løsning er bl.a. anvendt ved private løsninger i fx USA, mens den anden løsning typisk anvendes i offentlige løsninger.

Deling af ansvar er en farbar vej

I Danmark har den sundhedsfaglige behandlingsansvaret, når denne er i kontakt med patienter, hvilket digital triagering ikke behøver ændre på. Lægerne bør dog ikke have ansvar for kontakt, der ligger uden for deres domæne. Imidlertid kan ansvaret deles mellem patienter og udbyderen af den digitale løsning.

I flere løsninger har patienter et brugeransvar for, at den afgivne information er korrekt. Derudover fraskriver løsningerne sig ethvert ansvar, hvis brugeren ikke benytter løsningen som tiltænkt. Af den årsag er der også behov for tydelig kommunikation omkring patientansvar og korrekt brug.

Udbyderen af løsningen tager typisk fuldt ansvar, hvis eventuelle skader er opstået grundet en fejl i værktøjet. Dertil gøres det klart, at den digitale triagering er et supplement til traditionelle sundhedstjenester frem for en total erstatning.

Ved implementeringen af en dansk digital fordør er det således en forudsætning, at der sker en afklaring af delingen af ansvaret mellem systemet, lægen og patienten.

Økonomi: Uanset model vil væsentlige investeringer være nødvendige

Håndtering af data kræver væsentlige investeringer

Om end der er teknologiske muligheder for at opbygge den relevante IT-infrastruktur, vil det kræve investeringer, at opbygge det dataflow der kan levere det rette data til den digitale fordør. Udover implementerings-omkostninger vil driften være forbundet med væsentlige omkostninger til servere og hosting, software og udvikling, sikkerhed, support osv.

Udvikling af AI-støttede triageringsløsninger er krævende

Digital triagering kan, som beskrevet ovenfor, gøres på flere måder. Den simple version gør brug af strukturerede spørgeskemaer. En stor del af disse spørgeskemaer findes allerede. Selvom det vil kræve en investering at digitalisere disse, og skabe det strukturerede spørgeskema, vil det reducere omkostningerne, at en del af det kliniske grundlag allerede er udviklet.

Implementeringen af en AI-støttet triageringsløsning vil dog kræve store investeringer. Der skal afsættes ressourcer bl.a. til etablering af datagrundlaget, udvikling af algoritmen, samt kontinuerlig opdatering og vedligehold efter implementering. Som illustreret i kapitel 5, er der en høj værdiskabelse ved digitale triageringsværktøjer. Der må dog også forventes høje udviklingsomkostninger, hvis denne model vælges. Dette skal afstemmes med udviklingen af en national sundhedsdataplatform med en Hub-and-Spoke løsning, der potentielt kan lette etableringen.¹

Inddragelse af eksterne sundhedsapps kræver ekstra ressourcer

Apps kan inddrages i det danske sundhedsvæsen gennem egenudvikling, eller ved at linke til eksterne løsninger. Da udviklingen går stærkt på dette område, er det væsentligt at sikre kvaliteten af alle typer apps og digitale løsninger, der inkluderes i den digitale fordør. Arbejdet i forbindelse med at kvalitetssikre sundhedsapps, herunder etablering af et nævn for sundhedsapps, er allerede en del af regeringens digitaliseringsstrategi, og er yderligere forankret i programmet om den Digitale Almene Praksis.²

En forudsætning for at henvise til specifikke kommercielle sundhedsapps er, at finansieringen for brugerne håndteres. Mange apps kan i dag tilgås vha. brugerbetaling uden omkostninger for sundhedsvæsenet. Det vil potentielt være muligt at fastholde betalingsmodellerne i den digitale fordør, men det kan dog potentielt medføre en skævvridning i adgangen til sundhed.

Ressourcer til MDR-certificering³ nødvendig

På lige fod med andre sundhedsløsninger kræves det også, at den digitale fordør bliver MDR-certificeret. Afhængigt af den valgte model vil dette være en større eller mindre udfordring, men det vil forventeligt kræve en betydelig investering, inden fordøren kan implementeres.

1. Sundhedsdatastyrelsen (2022) "Vision for bedre brug af sundhedsdata"

2. Strategi for digital sundhed 2018-2024

3. MDR: Medical Device Regulation, et sæt regler, der regulerer produktion og distribution af medicinsk udstyr i Europa; Kilder: Ekspert interview; BCG analyse

IT arkitektur og infrastruktur: Udfordringer med ensretning af datastandarder

Det danske sundhedsvæsen har et stærkt udgangspunkt

På tværs af sektorer i Danmark, indsamles og lagres en stor mængde personlige sundhedsdata. I et vist omfang er disse data er sat op med et formål om deling, fx med patienten selv. Den eksisterende IT-arkitektur vil derfor formentlig kunne understøtte nogle relevante funktioner i en digital fordør, fx henvisning på tværs af sektorer og direkte tidsbestilling.

Forskelle i datastruktur

Selvom data findes elektronisk, er det ikke nødvendigvis struktureret ens på tværs af sundhedsvæsenet. Det indebærer, at forskellige datakilder ikke kan sammenholdes og præsenteres samlet.

Hvis data skal anvendes i en digital fordør vil det derfor indebære datarensning og etablering af fælles datastandarder. Også her vil arbejdet med en samlet sundhedsdataplatform kunne løfte udviklingen af den digitale fordør.¹

Stort potentiale ved brug af machine learning til at ensarte datakilder

Datarensning og formatering af sundhedsdata opsamlet på tværs af sektorer, er som nævnt en udfordring. Den seneste udvikling af machine learning giver dog nye muligheder.

Machine learning kan således identificere og fremhæve de vigtigste informationer fra forskellige dataformater. Dermed kan meget forskellige data transformeres til en fast struktureret datarepræsentation på tværs af kilder.

Brugen af machine learning kan potentielt videreudvikles til at øge selve datagrundlaget. Anamneser, håndskrevne noter, og lignende kan således digitaliseres og struktureres.

1. Sundhedsdatastyrelsen (2022) "Vision for bedre brug af sundhedsdata"
Kilder: BCG analyse

Teknologi: Fundamentet findes men videreudvikling er nødvendig

Det teknologiske fundament for en digital fordør eksisterer allerede

Udviklingen af en digital fordør kræver digitale løsninger, der kan håndtere flere kommunikationskanaler, visualisere sundhedsdata, information og selvhjælpsvideoer samt triagere patienter til den mest optimale sundhedsfaglige kontakt. Forskellige løsninger eksisterer allerede som komponenter i andre digitale fordøre. Specifikt mht. algoritmer til AI-støttet triagering vil fortsat udvikling dog være nødvendig. Kommercielle løsninger er tilgængelige, men de vil skulle tilpasses en dansk kontekst og trænes direkte på danske sundhedsdata.

Eksisterende digitale platforme i Danmark bør indtænkes i udviklingen¹

Der findes allerede digitale løsninger i Danmark, som en samlet digital fordør kan bygge ovenpå. Borgere kan fx allerede se sundhedsdata og søge information om sygdomme og sundhed på Sundhed.dk. Appen, MinSundhed, skaber også overblik over egne sundhedsdata. Der findes endvidere løsninger, der muliggør en digital kontakt mellem borgere og både alment praktiserende læger og speciallæger. Eksempelvis kan borgere få telemedicinske konsultationer, få overblik over aftaler og booke nye tider gennem apps som MinLæge og Hejdoktor. Specifikt for psykiatriske udfordringer hjælper Mindhelper især unge med at tilgå information og selvhjælpskurser omkring psykiske lidelser, som fx angst, stress, spiseforstyrrelser eller selvskade.

Den tilgængelige viden og IT arkitektur fra eksisterende løsninger bør således indtænkes i udviklingen af en samlet digital fordør til sundhedssystemet, men der bør dog også arbejdes på at bedre sammenhæng og lette adgang til målrettet information for patienter og pårørende.

Det fulde potentiale kræver lukning af eksisterende adgange

Hvis en digital fordør udvikles som et supplerende tilbud og endnu en indgang til sundhedsvæsenet, vil det betyde en forbedret service til borgere og patienter, men det vil forventeligt ikke medføre de ønskede gevinster i form af mere målrettede indsatser og effektiviseringer. Her kræves, at den digitale fordør etableres som *indgangen* til sundhedsvæsenet så flest mulige ledes ind gennem fordøren, og der sikres en effektiv triagering. Ligeledes bør fordøren fungere som én samlet kanal til sundhedsdata, for både patienter og sundhedsfaglige. For at opnå det fulde potentiale ved en digital fordør vil det dermed samtidig kræve, at de nuværende indgange til sundhedsvæsenet reduceres eller lukkes.

Uanset model er validering og certificering nødvendig

Uanset hvilken model for en digital fordør der implementeres, skal den kliniske kvalitet testes for at sikre patientsikkerheden. MDR-certificering² vurderes at være nødvendig, og Lægemedelstyrelsen bør involveres for tilsyn af valideringen. Derudover bør Styrelsen for Patientsikkerhed involveres i forhold til behandlingsansvaret i den digitale løsning.

De teknologiske modeller skal fremtidssikres

Den teknologiske udvikling går hurtigt og må forventes kontinuerligt at ændre den måde, befolkningen interagerer med og bruger teknologi. Det er derfor en forudsætning for udviklingen af de mest relevante modeller, at de teknologiske tendenser, der løbende kommer til at præge samfundet de næste 10-20 år agilt kan tænkes ind i (videre)udviklingen af en digital fordør.

1. En dybere gennemgang af eksisterende digitale platforme kan ses i analysen for Sundhedsministeriet: "Fælles tværgående kanalstrategi for datadeling i sundhedsvæsenet"; 2. MDR: Medical Device Regulation, et sæt regler, der regulerer produktion og distribution af medicinsk udstyr i Europa; Kilder: BCG analyse



[bcg.com](https://www.bcg.com)

Bilag 9:

Analyse af modeller for organisering og styring af arbejdet med digitale løsninger og data i det danske sundhedsvæsen.

Udarbejdet for Sundhedsstrukturkommissionen, PA Consulting



Analyse af modeller for organisering og styring af arbejdet med digitale løsninger og data i det danske sundhedsvæsen

Sundhedsstrukturkommissionen

Februar 2023

Bringing Ingenuity to Life.
paconsulting.com



Indhold

01

Indledning

02

Forståelsesramme
og situationsbillede

03

Erfaringer og læring
fra cases

04

Modeller for
organisering og
styring

Bilag A

Fremgangsmåde og
datagrundlag

Bilag B

Uddybende
beskrivelse af cases

Bilag C

Uddybende
beskrivelse af
modeller



01

Indledning



Formål, baggrund og hovedleverancer

Som input til Sundhedsstrukturkommissionens arbejde er PA Consulting blevet bedt om at udarbejde et mindre antal forslag til mulige modeller for, hvordan arbejdet med digitalisering og data kan organiseres og styres i fremtidens sundhedsvæsen. Det har været et væsentligt element i opdraget, at de skitserede modeller skal hente inspiration i udvalgte cases fra private virksomheder, udlandet samt fra andre dele af den offentlige sektor.

Analysens formål

Sundhedsstrukturkommissionen har bedt om bistand til udarbejdelse af en samlet analyseopgave, som understøtter kommissionens arbejde med at belyse mulige modeller for organisering og styring af arbejdet med digitalisering og sundhedsdata i fremtidens sundhedsvæsen.

Formålet med analysen er at bidrage til, at kommissionen kan opstille nye modeller for organiseringen af sundhedsvæsenet, herunder hvordan arbejdet med digitale løsninger og sundhedsdata skal organiseres i fremtidens sundhedsvæsen med henblik på at indfri de forventede potentialer ved bedre udnyttelse af digitale løsninger og sundhedsdata.

Kommissionen har efterfølgende foretaget kobling og tilpasning af de mulige modeller for organisering og styring af data og digitalisering, der skitseres i nærværende analyse, til kommissionens forslag til overordnede forvaltningsmodeller for sundhedsvæsenet.

Analysens baggrund

Baggrunden for analysen er en tydelig ambition i kommissionsarbejdet om at anvende digitalisering og data mere aktivt i udviklingen af sundhedsvæsenet samtidig med, at der er en række identificerede udfordringer i den nuværende organisering og styring af data og digitalisering. Der er således et ønske om at sikre langt større hastighed og eksekveringskraft ift. en digital transformation, der skal bidrage til at adressere centrale udfordringer i det samlede sundhedsvæsen.

Det primære fokus er på udvikling og udbredelse af digitale løsninger og tilbud, der kan understøtte diagnostik og behandling tættere på borgerne – og i det hele taget styrke det nære sundhedsvæsen.

Analysen omfatter hele sundhedsvæsenet, herunder både it-systemer og løsninger hos de enkelte aktører og fællesoffentlig digital infrastruktur samt primær anvendelse af data i patientbehandlingen og sekundær anvendelse af data til styring og kvalitetsudvikling.

Analysens hovedleverancer

Konkret omfatter analysearbejdet to primære leverancer:

- **Delleverance 1:** Beskrivelse af mulige modeller for organisering og styring af arbejdet med digitalisering og data i det danske sundhedsvæsen (kapitel 4 og bilag C)
- **Delleverance 2:** Beskrivelse og vurdering af udvalgte cases vedrørende organisering og styring af arbejdet med digitalisering og data (kapitel 3 og bilag B).

Der er desuden udarbejdet en analytisk forståelsesramme samt et overordnet situationsbillede (kapitel 2).

Analysen er udarbejdet med afsæt i den vision/ambition, de forudsætninger og de strukturelle barrierer i relation til data og digitalisering, som Sundhedsstrukturkommissionen har identificeret og drøftet som led i sit arbejde.

Analysen er udarbejdet uden kendskab til de forslag til fremtidige forvaltningsmodeller, som kommissionen har udarbejdet.

Analysens overordnede fokus

Analysens overordnede fokus er defineret af de sigtelinjer, der er beskrevet som del af kommissorium for Sundhedsstrukturkommissionens arbejde, samt en række strukturelle barrierer identificeret i tidligere analyser

- Kommissorium for kommissionens arbejde beskriver en række sigtelinjer for både tilgangen til det fremtidige arbejde med digitalisering og data og de resultater, det skal bidrage til.
- Samtidig er der i kommissionens øvrige arbejde identificeret en række strukturelle barrierer ift. en øget brug af data og digitalisering til at realisere de overordnede ambitioner og visioner for sundhedsvæsenet.

Analysens fokus er defineret af kommissionens kommissorium og arbejde med en samlet vision

Vision, forudsætninger og barrierer

DET ER EN AMBITION/VISION, AT...

- Borgere og sundhedspersonale på tværs af sundhedsvæsenet kan let og overskueligt tilgå borgernes sundhedsoplysninger, når de er relevante for indsatsen.
- Borgerne møder et sammenhængende, digitalt og tilgængeligt sundhedsvæsen på lavest mulige behandlingsniveau, bistår borgerne i at være aktive deltagere i egen behandling og forebyggelse.
- Et digitalt sundhedsvæsen flytter sundhedsvæsenet tæt på borgeren, så de kan modtage behandling i eller tæt på eget hjem.
- Teknologi skal optimere arbejdsgange for medarbejdere, så der frigøres arbejdskraft og sikres en effektiv kapacitets- og ressourceudnyttelse i alle dele af sundhedsvæsenet.
- Fremtidens sundhedsvæsen er et lærende sundhedsvæsen, hvor kvalitetsudvikling sker på baggrund af valide og tidstro data.

DET KRÆVER, AT...

- Én infrastruktur og fælles standarder sikrer gnidningsfri deling og visning af data på tværs af sundhedsvæsenets forskellige IT-fagsystemer.
- Innovation og udvikling er drevet af forretningsbehov, og løsninger med god effekt skaleres og tages i bred anvendelse hurtigt.
- Der prioriteres og sikres optimal udnyttelse af tilgængelige ressourcer i sundhedsvæsenet, herunder en konsolideret anvendelse af IT-systemer og løsninger.
- Relevante digitale løsninger og data stilles til rådighed for borgere, sundhedspersonale og beslutningstagere.

DET ER EN STRUKTUREL BARRIERE, AT...

- Der mangler beslutnings- og eksekveringskraft og fælles prioritering, bl.a. vedrørende udvikling og implementering af fælles løsninger og infrastruktur.
- Aktørernes forudsætninger for at udvikle, implementere og drifte digitale og datadrevne løsninger er meget forskellige.
- Der er utilstrækkelige strukturer, rammer og incitamenter for udbredelse af borgerrettede digitale løsninger og datadrevne teknologier.
- Afhængighed af store leverandører gør det dyrt og langsomt særligt at udvikle fælles løsninger på tværs af systemer.

Afgrænsninger og relaterede temaer

Der er en række temaer og spørgsmål, som ikke behandles direkte inden for rammerne af nærværende analyse

- Analysen fokuserer på organisering og styring af opgaver i relation til data og digitalisering i sundhedsvæsenet.
- Der er som led i arbejdet identificeret en række relaterede initiativer og temaer, som har koblinger til nærværende analyse.
- De enkelte temaer har indgået som kontekst og baggrund for analysearbejdet, og deres relevans og afhængigheder er løbende blevet vurderet som led i arbejdet.

Identificerede temaer, der indgår som kontekst for nærværende analysearbejde

Tema	Baggrund	Håndtering i analysen
1 Det medicotekniske område	<ul style="list-style-type: none">• Det medicotekniske område integrerer i stigende omfang med data og digitalisering og har en betydelig volumen, særligt i regionerne.	<ul style="list-style-type: none">• Området er ikke medtaget i as-is-analysen. De skitserede modeller vil organisatorisk og styringsmæssigt kunne rumme det.
2 Klinisk innovation, udviklings- og kvalitetsarbejde	<ul style="list-style-type: none">• Klinisk innovation, udviklings- og kvalitetsarbejde er tæt forbundet med en øget brug af data og digitalisering, men ofte i en anden organisering.	<ul style="list-style-type: none">• Området er ikke direkte behandlet i analysen, men der har i design af modeller været eksplicit fokus på at kunne understøtte denne type aktiviteter.
3 Private sundhedsaktører, herunder særligt privathospitaler	<ul style="list-style-type: none">• Det er et muligt udfald af kommissionens arbejde, at private sundhedsaktører, udover den primære sektor, tiltænkes en større rolle i det samlede sundhedsvæsen.	<ul style="list-style-type: none">• Området er ikke medtaget i as-is-analysen. De skitserede modeller vil styringsmæssigt kunne rumme det.
4 European Health Data Space	<ul style="list-style-type: none">• EU's arbejde med en forordning, der regulerer adgang til og brug af sundhedsdata, kan få væsentlig indflydelse på data og digitalisering i Danmark.	<ul style="list-style-type: none">• Øgede krav fra EU om dataudveksling har været en styringsmæssig kontekst for arbejdet. Der er ikke foretaget en selvstændig konsekvensanalyse.
5 Vision for bedre brug af sundhedsdata	<ul style="list-style-type: none">• Parterne i sundhedsvæsenet har udarbejdet en fælles vision for bedre brug af sundhedsdata, og der pågår et arbejde med at sikre lettere adgang til sundhedsdata til forskningsmæssig brug.	<ul style="list-style-type: none">• Hovedlinjerne i visionsarbejdet flugter overordnet med sigtelinjerne i kommissionens kommissorium.• Sekundær brug af data i forskningsmæssig sammenhæng har ikke været en del af analysen.
6 Muligt forslag om en digital fordør til sundhedsvæsenet	<ul style="list-style-type: none">• Der er i regi af kommissionen arbejdet med et muligt forslag om etablering af én samlet, digital fordør til sundhedsvæsenet.	<ul style="list-style-type: none">• En sådan løsning vil organisatorisk og styringsmæssigt kunne indplaceres i de skitserede modeller. Der er ikke taget selvstændigt stilling til forslaget.

02

Forståelsesramme og situationsbillede



Grundlæggende forståelsesramme i to dimensioner

Analysen arbejder med en grundlæggende forståelsesramme i to dimensioner

- Forståelsesrammens to dimensioner er:
 - En opdeling af it-relaterede opgaver i fire idealtypiske lag, som henter inspiration fra de funktioner og opgaveområder, der arbejdes med i entreprisarkitektur og best practise-modeller for it-organisering
 - En sondring mellem fem styringsniveauer, defineret af den nuværende placering af opgaveløsningen i sundhedsvæsnets.
- De følgende sider opidser situationsbillede og centrale udfordringer ift. organisering og styring af de it-relaterede opgaver for hver af de fem styringsniveauer.

Analysens grundlæggende forståelsesramme opererer med to dimensioner

Opdeling af it-relaterede opgaver i fire lag

Overordnet analytisk opdeling af it-relaterede opgaver¹ i fire lag – 1) strategi, 2) data, 3) systemer og 4) basis-it – der ift. organisering og styring har forskellige karakteristika, fx ift. ressourcemæssigt omfang, kompetencebehov, finansieringsmodel, organisatorisk forankring/placering m.m.

Formålet med opdelingen er at sikre en fælles forståelsesramme ift. den samlede it-opgaveportefølje på sundhedsområdet, der giver rette niveau af detaljering og dermed gør det muligt at drøfte muligheder for opsplitning/sammenlægning af forskellige opgaver og funktioner på tværs af den eksisterende organisering og styring af de it-relaterede opgaver i sundhedsvæsnets.



Sondring mellem fem styringsniveauer

Overordnet analytisk sondring mellem de fem nuværende styringsniveauer for opgaveløsningen i sundhedsvæsnets – 1) praksissektor, 2) kommuner, 3) regioner, 4) stat samt 5) fællesoffentlige initiativer. Styringsniveauerne har forskellige karakteristika, fx ift. størrelse og økonomi, sammensætning af systemportefølje samt nuværende organisering og styring af it-relaterede opgaver, herunder fx fokus i digitaliseringsindsatsen, sourcing-strategi og teknologivalg som cloud/on-premise m.m.

Formålet med opdelingen er at sikre en fælles forståelsesramme ift. situationsbillede og udfordringer på hver af de fem niveauer som afsæt for identifikation og beskrivelse af relevante cases og opstilling af mulige fremtidige modeller for organisering og styring.



¹ Det primære fokus i analysen er på data og digitalisering, men der er en bred vifte af relaterede teknologier i sundhedsvæsnets, som bør ses i sammenhæng. Det gælder særligt det medicotekniske område, der ikke er medtaget i situationsbilledet på de følgende sider.

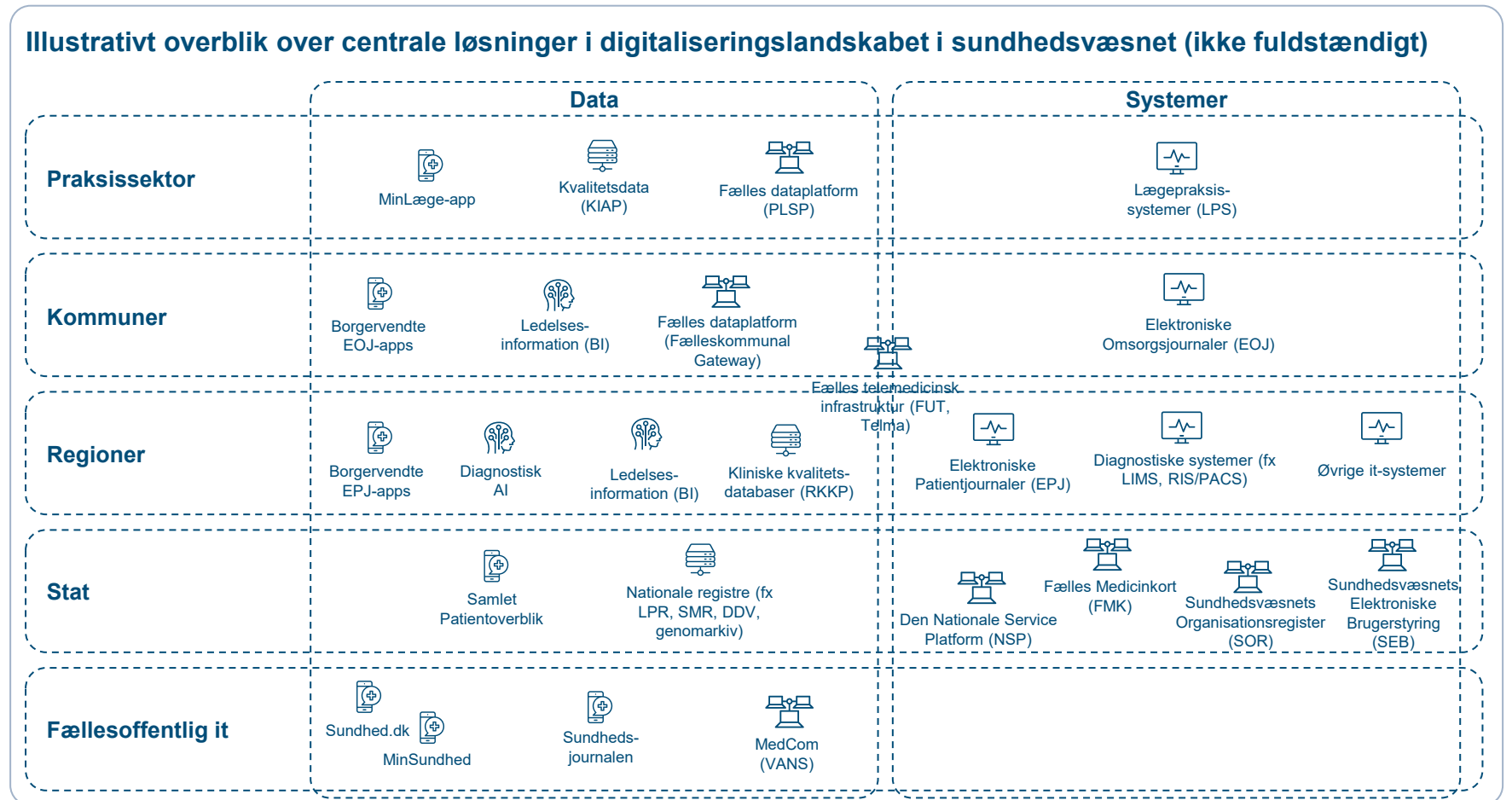
Forståelsesramme – overblik over digitaliseringslandskabet

Med afsæt i den opstillede forståelsesramme er der lavet et illustrativt overblik over digitaliseringslandskabet i sundhedsvæsenet

- Formålet er at give et samlet overblik over en række af de centrale it-systemer og -løsninger, der ofte nævnes – og indplacere disse i analysens forståelsesramme.

Signaturforklaring

-  Apps/udstilling af data
-  Beslutningsstøtte
-  Systemer/applikationer
-  Register/databaser
-  Infrastruktur/komponenter



Fællesoffentlig sundheds-it – situationsbillede og udfordringer

Fællesoffentlig sundheds-it er forankret i en række fælles fora og drives af to dedikerede organisationer og Sundhedsdatastyrelsen (SDS)

- Sundhed.dk, MedCom og øvrige initiativer er ejet af parterne på sundhedsområdet, men med forskellig finansiering og styring.
- Sundhed.dk har ansvar for udvikling og drift af hjemmeside og MinSundhed-app, der udstiller data og sundhedsinformation til borgere og sundhedsfaglige.
- MedCom har ansvar for udvikling og drift af fælles kommunikationsstandarder og løsninger til tværsektoriel udveksling af data.
- SDS har ansvar for dele af den fællesoffentlige infrastruktur og løsninger til datadeling.
- Nogle fællesoffentlige løsninger er delegeret til andre niveauer.

Karakteristika, nøgleobservationer og centrale udfordringer for fællesoffentlige it-opgaver på sundhedsområdet

Generelle karakteristika¹

- **Organisatoriske enheder:** Fællesoffentlige fora, to organisationer (MedCom, Sundhed.dk) og SDS
- **Snitflader/bemærkninger:** Drift og udvikling af flere fællesoffentlige løsninger, fx Sundhedsjournalen og FUT, er delegeret til andre niveauer
- **Interne it-ressourcer:** Ca. 150 fuldtidsansatte Andel af alle ansatte: -
- **Eksternt it-budget:** Ca. 0,2 mia. kr. pr. år Andel af samlet budget: -
- **Primære it-systemer:** Ca. 10-20 (komponenter, platforme og løsninger til datadeling)
- **Øvrig it-systemportefølje:** Lille (<10 systemer)

	It-organisering	It-styring
Strategi og styring	<ul style="list-style-type: none">• Ressourcer til strategi og styring i både Sundhed.dk, MedCom og SDS• ISM/SDS sekretariatsbetjener den nationale bestyrelse.	<ul style="list-style-type: none">• Nationale strategier, ØA-aftaler m.v. rammesætter udvikling• MedCom, Sundhed.dk og flere programmer har egne styregrupper/politisk bestyrelse
Data	<ul style="list-style-type: none">• Betydelige ressourcer inden for arkitektur, standardisering, afdækning af brugerbehov samt design, udvikling og drift af løsninger.	<ul style="list-style-type: none">• MedCom og Sundhed.dk har centrale roller som udførende/operatører ift. udveksling/deling samt udstilling af data.
Systemer	<ul style="list-style-type: none">• Delt mellem Sundhed.dk, MedCom, SDS og en række fællesoffentlige programmer• Betydelige ressourcer og kompetencer inden for data og digitalisering.	<ul style="list-style-type: none">• Nationale strategier og arbejdsprogrammer sætter sammen med leverandører retning for udvikling af løsninger og standardisering.
Basis-it	<ul style="list-style-type: none">• -	<ul style="list-style-type: none">• -

Nøgleobservationer

- Der eksisterer en række fællesoffentlige digitale løsninger, komponenter og infrastruktur.
- De eksisterende løsninger og organisationer er vokset frem over tid og er delvist ukoordinerede på valg af teknologi og udviklingsplaner.
- Stigende forventninger om sammenhæng og anvendelighed fra borgere og sundhedsfaglige skaber pres for fornyelse.

Centrale udfordringer

- Ineffektiv governance (delt/uklart ansvar, flere fora, utilstrækkelig koordinering, manglende tværgående prioritering)
- Mangel på fælles retning ift. fællesoffentlige løsninger, herunder sammenhæng på tværs af kanaler/løsninger.
- Lav hastighed i udvikling og mangelfuld udbredelse af løsninger.

¹ Antal medarbejdere samt størrelse af eksternt it-budget og systemportefølje er estimeret af PA. Estimerterne er behæftet med betydelig usikkerhed (se bilag A).

Stat – situationsbillede og udfordringer

Staten har ansvaret for policy og standardisering ift. data og digitalisering samt for udvikling og drift af bl.a. den nationale infrastruktur og nationale registre

- ISM's departement koordinerer og udvikler ministeriets overordnede politik for data og digitalisering i tæt dialog med styrelser og andre ministerier.
- SDS har ansvar for standardisering samt udvikling og drift af den nationale sundheds-it-infrastruktur og tilknyttede løsninger (ofte aftalt og finansieret fællesoffentligt) samt nationale registre.
- Øvrige fagstyrelser, fx LMST, SSI og NGC, har ansvar for udvikling og drift af udvalgte nationale løsninger og registre.
- LMST har ansvar for regulering i relation til medicinsk udstyr.

Karakteristika, nøgleobservationer og centrale udfordringer for statslige it-opgaver på sundhedsområdet

Generelle karakteristika¹

- **Organisatoriske enheder:** Indenrigs- og Sundhedsministeriet (departement samt styrelser, råd og nævn)
- **Snitflader/bemærkninger:** Koordination med Social-, Bolig- og Ældreministeriet, der har policy-ansvar på udvalgte delområder (data og digitalisering i vid udstrækning håndteret af ISM)
- **Interne it-ressourcer:** Ca. 600 fuldtidsansatte Andel af alle ansatte: Ca. 12 %
- **Eksternt it-budget:** Ca. 0,5 mia. kr. pr. år Andel af samlet budget: Ca. 8 %
- **Primære it-systemer:** Ca. 20-30 (fagsystemer og nationale registre)
- **Øvrig it-systemportefølje:** Moderat (10-100 systemer)

	It-organisering	It-styring
Strategi og styring	<ul style="list-style-type: none">• Delt mellem departement, fagstyrelser og SDS• SDS har central rolle i koordinering af nationale og fællesoffentlige initiativer.	<ul style="list-style-type: none">• Nationale strategier på området rammesætter udvikling• Fokus på sammenhængende digitale løsninger, datadeling og cybersikkerhed.
Data	<ul style="list-style-type: none">• Delt mellem departement, fagstyrelser og SDS• Betydelige ressourcer til arbejdet med data, analyse, arkitektur og standardisering.	<ul style="list-style-type: none">• SDS driver indsats for primær og sekundær brug af data gennem visionsarbejde, krav og standarder samt har ansvar for konkrete fællesoffentlige løsninger og infrastruktur.
Systemer	<ul style="list-style-type: none">• SDS samt i nogle tilfælde fagstyrelser• Betydelige ressourcer til digitalisering• Applikationsdrift er ofte outsourcet til leverandører.	<ul style="list-style-type: none">• SDS og fagstyrelser sætter retning for udvikling af centrale systemer i samarbejde med leverandører.
Basis-it	<ul style="list-style-type: none">• Statens It driver basis-it.	<ul style="list-style-type: none">• -

Nøgleobservationer

- Fokus på sikker og kontinuerlig udvikling af den nationale infrastruktur med fællesoffentlige løsninger og dataregistre.
- Fokus på mere sammenhængende forløb og brugerrejser for borgere og klinikere understøttet af digitale løsninger til genbrug og deling af data på tværs af sundhedsvæsnet.

Centrale udfordringer

- Lav hastighed i udvikling og mangelfuld udbredelse, særligt ift. fællesoffentlige løsninger.
- Ineffektiv governance (aftalebaseret med uklare roller og ansvar), særligt ift. fællesoffentlige løsninger.
- Svær/langsom adgang til dataprodukter og betydelig afhængighed ift. inddata.
- Udfordret af krav om data-beskyttelse, dokumentation samt cyber- og informationssikkerhed ift. flere centrale systemer.

¹ Antal medarbejdere samt størrelse af eksternt it-budget og systemportefølje er estimeret af PA. Estimatene er behæftet med betydelig usikkerhed (se bilag A).

Regioner – situationsbillede og udfordringer

Regionerne balancerer et fokus på sikker og stabil drift med legacy-efterslæb og behov for at frigøre tid vha. øget brug af ny teknologi

- Langt hovedparten af regionernes arbejde med data og digitalisering – og dermed også størstedelen af de allokerede ressourcer – er forankret i de enkelte regioner, der hver især har betydelige it-systemporteføljer med en bred vifte af kliniske specialsystemer.
- Regionerne samarbejder om udvalgte it-systemer samt om fællesregionale og nationale initiativer, der koordineres via Regionernes Sundheds-IT (RSI) i regi af Danske Regioner.
- Regionerne har etableret RKKP som selvstændig organisation med ansvar for at drive en række landsdækkende kvalitetsregistre.

Karakteristika, nøgleobservationer og centrale udfordringer for regionale it-opgaver på sundhedsområdet

Generelle karakteristika¹

- **Organisatoriske enheder:** Fem regioner (21 akutsygehuse og psykiatri)
- **Snitflader/bemærkninger:** Sammenhæng til medicoteknik, bygningsstyring, logistik m.v.
- **Interne it-ressourcer:** Ca. 3.500 fuldtidsansatte Andel af alle ansatte: Ca. 3 %
- **Eksternt it-budget:** Ca. 3,0 mia. kr. pr. år Andel af samlet budget: Ca. 5 %
- **Primære it-systemer:** Ca. 10-15 pr. region (patientjournalssystem og diagnostiske systemer)
- **Øvrig it-systemportefølje:** Stor (200+ systemer pr. region)

	It-organisering	It-styring
Strategi og styring	<ul style="list-style-type: none">• Alle regioner har strategiske udviklingsressourcer• Danske Regioner og RSI bidrager til rammesætning og koordinering på tværs.	<ul style="list-style-type: none">• Fællesregionale og nationale initiativer rammesætter udvikling• Fokus på konsolidering, legacy-it og arbejdskraftbesparende teknologier.
Data	<ul style="list-style-type: none">• BI- og dataenheder af betydelig størrelse, som arbejder med ledelsesinformation, data-analyse og no code/low code-teknologier.	<ul style="list-style-type: none">• Egenudvikling af BI-rapporter, RPA- og automatiseringsløsninger, apps, AI-løsninger m.v.• Ofte katalysator for lokal innovation.
Systemer	<ul style="list-style-type: none">• Alle regioner har centrale koncern-it-enheder med ressourcer til digitalisering• Hospitalerne har typisk egne ressourcer til digital innovation og implementering.	<ul style="list-style-type: none">• Blandet egenudvikling/leverandørdrevet udvikling• Mange ressourcer allokeret til kernesystemer som patientjournal og diagnostiske systemer.
Basis-it	<ul style="list-style-type: none">• Store regionale afdelinger med fokus på slutbruger-it, netværksinfrastruktur, datacenterservices og support.	<ul style="list-style-type: none">• Basis-it-installationer kræver væsentligt styringsmæssigt fokus i flere regioner.

Nøgleobservationer

- Øget fokus på behandling i eget hjem og samarbejde på tværs af sektorer.
- Mangel på arbejdskraft øger fokus på optimering og produktivitet, fx automatisering og AI, ofte koblet til andre typer af teknologi.
- Tæt kobling mellem digitalisering, klinisk kvalitetsudvikling og forskning giver nye muligheder og risici, fx personlig medicin.

Centrale udfordringer

- Svag governance, både internt og på tværs af regioner.
- Større fokus på sikker og stabil drift end på digital transformation.
- Legacy-efterslæb samt redundante systemer, "skygge-it" og suboptimale indkøb.
- Meget få eksempler på skalering af værdiskabende løsninger.
- Nye krav til cyber- og informationssikkerhed.

¹ Antal medarbejdere samt størrelse af eksternt it-budget og systemportefølje er estimeret af PA. Estimerne er behæftet med betydelig usikkerhed (se bilag A).

Kommuner – situationsbillede og udfordringer

Udfordringer med mangel på arbejdskraft har intensiveret fokus på teknologi og bedre dataanvendelse

- Det kommunale sundheds- og omsorgsområde har gennem mange år anvendt omsorgsjournaler (EOJ) til planlægning, styring og dokumentation af opgaveløsningen.
- I de senere år er der sket en konsolidering i flere kommuner, hvor samme system tillige anvendes på socialområdet.
- Kommunerne har i mange år arbejdet med ibrugtagning af forskellige velfærdsteknologier.
- KL og kommunerne har i de seneste år haft fokus på ny teknologi – fx til virtuelle møder, medicin håndtering, rute- og vagtplanlægning m.v.

Karakteristika, nøgleobservationer og centrale udfordringer for kommunale it-opgaver på sundhedsområdet

Generelle karakteristika¹

- **Organisatoriske enheder:** 98 kommuner
- **Snitflader/bemærkninger:** Sammenhæng til socialområdet

- **Interne it-ressourcer:** Ca. 750 fuldtidsansatte Andel af alle ansatte: <1 %
- **Eksternt it-budget:** Ca. 1,5 mia. kr. pr. år Andel af samlet budget: Ca. 2 %
- **Primære it-systemer:** Ét pr. kommune (omsorgsjournalssystem)
- **Øvrig it-systemportefølje:** Lille (<10 systemer pr. kommune)

	It-organisering	It-styring
Strategi og styring	<ul style="list-style-type: none">• Store og mellemstore kommuner har strategiske udviklingsressourcer• Mindre kommuner har sjældent strategiske udviklingsressourcer.	<ul style="list-style-type: none">• Fælleskommunale og nationale initiativer rammesætter udvikling• Øget standardisering via FSIII og fokus på teknologi med dokumenteret effekt.
Data	<ul style="list-style-type: none">• Få dedikerede ressourcer på sundheds- og omsorgsområdet i de fleste kommuner• Kan trække på centrale ressourcer i kommunen til BI, data og automatisering.	<ul style="list-style-type: none">• Ledelsesinformation anvendes i daglig styring, men stort uforløst potentiale• KL har taget initiativ til KIK samt udvikling af fælleskommunal gateway til data fra EOJ.
Systemer	<ul style="list-style-type: none">• De fleste kommuner har systemadministrator og evt. faglig udviklingskonsulent ift. EOJ• Nogle kommuner har dedikerede digitaliseringsteams ift. sundhed.	<ul style="list-style-type: none">• Leverandører af omsorgssystemer sætter retning for udvikling i dialog med KL• KOMBIT har for nylig etableret et team til at understøtte den digitale udvikling på området.
Basis-it	<ul style="list-style-type: none">• Anskaffelse og drift af basis-it er i de fleste kommuner placeret i digitaliseringsafdelingen• Enkelte større kommuner driver basis-it separat for ældre/pleje.	<ul style="list-style-type: none">• Leverandøraftaler indgås af den enkelte kommune, oftest via SKI-rammeaftaler.

Nøgleobservationer

- Stort fokus på produktivitet, kompetencer og behov for arbejdskraftbesparende initiativer, særligt gennem teknologi og data.
- Fælles initiativer fra KL og KOMBIT samt lokal opprioritering af kompetencer inden for data og digitalisering understøtter fokus på teknologi og data.

Centrale udfordringer

- Begrænset investeringsrum
- Store forskelle mellem kommunerne i anvendelse af omsorgsjournal og øvrige teknologier og data.
- Stor variation i datakvalitet
- Store forskelle i ressourcer og kompetencer til at drive digitalisering blandt kommuner.
- Udfordret af krav om dokumentation, databaseskyttelse samt cyber- og informations-sikkerhed.

¹ Antal medarbejdere samt størrelse af eksternt it-budget og systemportefølje er estimeret af PA. Estimerne er behæftet med betydelig usikkerhed (se bilag A).

Praksissektor – situationsbillede og udfordringer

PLO driver og rammesætter arbejdet med digitalisering og data i almen praksis

- PLO driver arbejdet med data og digitalisering i almen praksis (koordineret med FPAS ift. speciallægeområdet).
- Arbejdet er forankret i et politisk digitaliseringsudvalg, der støttes af en mindre intern enhed, som koordinerer deltagelse i nationale og fællesoffentlige projekter, og styrer Primærsektorens Leverandør Service Platform (PLSP), der er udskilt i et særskilt selskab.
- Digitalisering og data har ikke samme fokus i den øvrige del af praksissektoren. Der er dog krav om overholdelse af MedCom-standarder, og mange anvender it-systemer fra samme leverandører som almen praksis.

Karakteristika, nøgleobservationer og centrale udfordringer for praksissektorens it-opgaver

Generelle karakteristika¹

- **Organisatoriske enheder:** 3.000+, heraf ca. 1.600 i almen praksis samt speciallæger, psykologer m.fl.
- **Snitflader/bemærkninger:** Ikke samme fokus på it-sammenhæng til øvrige dele af praksissektoren
- **Interne it-ressourcer:** Ca. 50 fuldtidsansatte Andel af alle ansatte: <1 %
- **Eksternt it-budget:** Ca. 0,5 mia. kr. pr. år Andel af samlet budget: Ca. 2 %
- **Primære it-systemer:** Ét pr. praksis (lægepraksissystem)
- **Øvrig it-systemportefølje:** Lille (<10 fælles systemer)

	It-organisering	It-styring
Strategi og styring	<ul style="list-style-type: none">• Ingen dedikerede ressourcer i den enkelte organisation• Mindre central enhed i PLO.	<ul style="list-style-type: none">• Har haft strategisk fokus på konsolidering af lægepraksissystemer samt udvikling af apps til borgere og digitale løsninger til datadeling.
Data	<ul style="list-style-type: none">• Ingen dedikerede ressourcer i den enkelte organisation• Koordineret af PLO. Primært forankret i KIAP samt løsningsmæssigt i PLSP.	<ul style="list-style-type: none">• PLO driver udvikling af apps, BI-produkter og mindre løsninger til deling af data via partnerskaber med it-leverandører og MedCom.
Systemer	<ul style="list-style-type: none">• Ingen dedikerede ressourcer i den enkelte organisation• Udvikling, vedligehold og drift outsourcet til leverandører.	<ul style="list-style-type: none">• Primært leverandører, der sætter retning for udvikling• It-projekter har ofte fokus på tilpasning af lægepraksissystemer, herunder integrationer
Basis-it	<ul style="list-style-type: none">• Ingen central/decentral organisering for basis-it• Basis-it typisk del af outsourcet bundle anskaffet hos systemleverandører.	<ul style="list-style-type: none">• Leverandøraftaler indgås af den enkelte praksis.

Nøgleobservationer

- Simpel it-systemportefølje bygget op om ét primært system (tre leverandører; fem systemer), der anskaffes som SaaS-løsning, ofte kombineret med hardware, internet, support m.m.
- PLO har udviklet og skaleret egne løsninger relativt hurtigt via samarbejder med it-leverandører, fx MinLæge-app, diagnosekort og ydelsesoverblik.

Centrale udfordringer

- Begrænset økonomi og meget få dedikerede it-ressourcer, der strategisk og operationelt kan understøtte en mere systematisk digitaliseringsindsats.
- Problemer med udstilling/deling af nogle typer data fra praksissektoren.
- Udfordret af krav om dokumentation, databeskyttelse samt cyber- og informations-sikkerhed.

¹ Antal medarbejdere samt størrelse af eksternt it-budget og systemportefølje er estimeret af PA. Estimerterne er behæftet med betydelig usikkerhed (se bilag A).

Nøgleobservationer og konklusioner

Dette kapitel har introduceret en overordnet forståelsesramme for analysen i to dimensioner – dels en lagdeling af it-relaterede opgaver, dels en sondring mellem fem styringsniveauer i sundhedsvæsnet. Med afsæt i forståelsesrammen har kapitlet tegnet et situationsbillede for organisering og styring af data og digitalisering. Nedenfor opsummeres de nøgleobservationer, som har været centrale for valg af cases og opstillingen af mulige fremtidige modeller.

Den nuværende organisering af fællesoffentlige løsninger giver ikke i tilstrækkelig grad mulighed for samlet prioritering og styring af udviklingen.

- Nuværende organisering og styring af fællesoffentlige løsninger giver ikke i tilstrækkelig grad mulighed for samlet prioritering og rammesætning af udvikling og implementering.
- Nuværende organisering og styring af fællesoffentlige løsninger fører til suboptimal udvikling af digitale løsninger og mangelfuld udbredelse og implementering.

Begrænsede ressourcer og kompetencer i det nære hæmmer lokal innovation samt kvalitet og hastighed i implementering.

- Praksissektor og kommuner har en relativ simpel systemportefølje i sammenligning med den nationale og særligt den regionale systemportefølje, hvilket er afspejlet i en betydelig variation i ressourcer, kompetencer og investeringsniveau.
- Mangel på ressourcer, kompetencer og investeringer i det nære begrænser muligheder for lokal innovation, effektiv implementering og forretningsunderstøttelse.

Beslutninger og økonomi spredt ud på mange aktører udfordrer effektiv udvikling, udbredelse og implementering af løsninger.

- Nuværende organisering og styring afstedkommer høste/så-problematikker, som påvirker incitamenter til at foretage investeringer og implementere løsninger lokalt.
- Den digitale understøttelse af forretningsprocesser varierer på tværs af de enkelte enheder i både regioner, kommuner og praksissektor som følge af manglende procesharmonisering, forskelle i implementering, sourcing og teknologivalg.

Cases og fremtidige modeller skal belyse forskellige organisatoriske og styringsmæssige greb til at:

Styre, udvikle og udbrede nationale og fællesoffentlige løsninger

Innovere, konsolidere og udbrede løsninger i det specialiserede sundhedsvæsen

Sikre bæredygtige enheder og tilstrækkelige ressourcer og kompetencer i det nære sundhedsvæsen.

03

Erfaringer og læring
fra cases



Cases udvalgt til inspiration

Som led i analysearbejdet er der hentet inspiration fra i alt 10 cases – fem cases fra den offentlige sektor, to cases fra det private erhvervsliv og tre internationale cases. De enkelte cases er udvalgt, fordi de eksemplificerer konkrete måder at organisere og styre data og digitalisering – og dermed kan give inspiration til, hvordan de strukturelle barrierer, der er identificeret, kan adresseres. Dette kapitel opsummerer case-analysens nøgleobservationer (se bilag B for uddybende beskrivelse af de enkelte cases).

Cases fra andre dele af den offentlige sektor

Beskæftigelses-
området

Etablering af
fælles
datagrundlag og
styringsmodel



Styrelsen for It og
Læring

Etablering af
fælles løsninger
til et
sektorområde



KOMBIT

Etablering af
fælleskommunal
bestillerfunktion
på it-området



Udbetaling
Danmark

Centralisering og
digitalisering af
kommunale
opgaver



Statens It

Etablering af
fællesstatslig
drifts- og
supportfunktion



Cases fra det private erhvervsliv

Life science-
virksomhed

Konsolidering af
data governance
og samlet cloud-
strategi



Finanssektoren

Branchefælles
digital
infrastruktur



Cases fra udlandet

Kaiser
Permanente

It-understøttelse
af sammen-
hængende
sundhedstilbud



Estland

Etablering af
national
sundhedsdata-
infrastruktur



Finland

National data-
platform og
reformdrevet it-
konsolidering i
sundhedsvæsnen



Læringer fra cases ift. barriere 1: Beslutnings- og eksekveringskraft

Input fra cases vedr. manglende beslutnings- og eksekveringskraft ift. eks. udvikling og implementering

- De undersøgte cases giver en række input til, hvordan og i hvilket omfang mulige modeller for styring og organisering af data og digitalisering kan adressere den identificerede barriere vedr. manglende beslutnings- og eksekveringskraft.
- Det er en central observation, at det især er vigtigt at sikre beslutningskraft til at kunne prioritere og fokusere på få, udvalgte indsatser, da der uanset styringsform må forventes en relativt lang tidshorisont til eksekvering, når indsatserne er komplekse og tværgående.

De enkelte cases er beskrevet uddybende i bilag B.

Strukturel barriere 1: Sammenfatning af nøgleobservationer og input til opstilling af modeller

Det er en strukturel barriere, at:

- 1 Der mangler beslutnings- og eksekveringskraft og fælles prioritering, bl.a. vedrørende udvikling og implementering af fælles løsninger og infrastruktur.

Det er en nøgleobservation fra flere cases, at:

Der er en flerårig tidshorisont på planlægning og eksekvering af tværgående løsninger og infrastruktur

- Den forretningsmæssige afstemning af krav til datastandarder og relaterede forretningsprocesser er kompleks og tager tid – også når det sker inden for samme koncern.
- Lang planlægningshorisont (typisk minimum 18-24 mdr.) er nødvendig, når det handler om integration til flere forskellige forretningskritiske kernesystemer.

Der kan anvendes forskellige styringsparadigmer til at sætte og håndhæve fælles retning

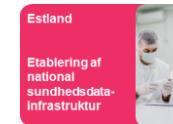
- Aftalebaseret samarbejde mellem flere selvstændige aktører kan fungere med rette forpligtelse fra aktørerne, nødvendig tidshorisont og gensidig respekt for afvejning ift. øvrige prioriteter.
- Hårde krav (fx lovgivning ift. myndigheder og krav om overholdelse af standarder ift. leverandører) kan sætte mere entydig retning, men kræver tid til indfasning ift. kørende it-systemer og betydelig præcision i udmøntning/håndhævelse.

For styring/organisering betyder det, at:

Modeller med flere selvstændige aktører stiller krav om tydelig fordeling og accept af indbyrdes roller og mandat.

Modeller med mere enstreget styring og organisering skaber ikke i sig selv større eksekveringskraft, hvis de fødes med kompleks opgave- og systemportefølje.

Understøttende cases



Læringer fra cases ift. barriere 2: Digitale forudsætninger

Input fra cases vedr. aktørernes forskellige niveau af digitale forudsætninger

- De undersøgte cases giver en række input til, hvordan og i hvilket omfang mulige modeller for styring og organisering af data og digitalisering kan adressere den identificerede barriere vedrørende lave digitale forudsætninger hos flere aktører i sundhedsvæsnet.
- Det er en central observation, at det er nødvendigt at etablere en bæredygtig opgavemæssig volumen for at kunne opbygge egne kompetencer og dermed mindske afhængigheden af eksterne ressourcer.

De enkelte cases er beskrevet uddybende i bilag B.

Strukturel barriere 2: Sammenfatning af nøgleobservationer og input til opstilling af modeller

Det er en strukturel barriere, at:

- 2** Aktørernes forudsætninger for at udvikle, implementere og drifte digitale og datadrevne løsninger er meget forskellige.

Det er en nøgleobservation fra flere cases, at:

Opbygning og opretholdelse af nødvendige kompetencer til data, digitalisering og it kræver en bæredygtig opgavemæssig volumen

- En bæredygtig opgavemæssig volumen handler især om at kunne tilbyde "sjove" opgaver og faglige fællesskaber, der understøtter læring og udvikling – og dermed gør det muligt at tiltrække og fastholde medarbejdere.
- Dette gælder ikke kun højt specialiserede it-kompetencer, men også ift. mere basale drifts- og vedligeholdelsesopgaver, hvor kompetencekravene er stigende, fx som følge af øget compliance og sikkerhed.

Der er behov for forskellige driftsmodeller for hhv. forretningsnære data- og digitaliseringsopgaver og opgaver i relation til mere standardiserede it-systemer og især basis-it

- Forretningsnær digitalisering og brug af data kræver forretningsmæssig forståelse og ekspertise og bør derfor ske med tæt kobling til – og forankring i – forretningen.
- Med et opgavesnit, der minimerer afhængigheder, er det muligt at adskille mere basale it-opgaver fra forretningsnær digitalisering og brug af data. Et forkert opgavesnit øger kompleksitet og giver suboptimale betingelser for begge.

For styring/organisering betyder det, at:

Modellerne skal sikre etableringen af en bæredygtig opgavemæssig volumen ift. forskellige typer af data-, digitaliserings- og it-opgaver.

Modellerne kan organisatorisk og styringsmæssigt differentiere mellem forskellige typer af data-, digitaliserings- og it-opgaver.

Understøttende cases



Læringer fra cases ift. barriere 3: Utilstrækkelige strukturer m.m.

Input fra cases vedr. strukturer, rammer og incitamenters for udbredelse af datadrevne og digitale løsninger

- De undersøgte cases giver en række input til, hvordan og i hvilket omfang mulige modeller for styring og organisering af data og digitalisering kan adressere den identificerede barriere vedr. utilstrækkelige strukturer, rammer og incitamenters til at sikre udbredelse af digitale løsninger.
- Det er en central observation, at det forretningsmæssige ejerskab er afgørende for ibrugtagning af nye digitale løsninger og datadrevne teknologier.

De enkelte cases er beskrevet uddybende i bilag B.

Strukturel barriere 3: Sammenfatning af nøgleobservationer og input til opstilling af modeller

Det er en strukturel barriere, at:

- 3** Der er utilstrækkelige strukturer, rammer og incitamenters for udbredelse af digitale løsninger og datadrevne teknologier.

Det er en nøgleobservation fra flere cases, at:

Det forretningsmæssige incitament til at anvende en digital løsning er i høj grad drevet af, at løsningen giver forretningsmæssig værdi

- Digitale og datadrevne løsninger bør være en integreret del af forretningsudviklingen og derfor være klart forankret i forretningen og drevet af forretningsmæssige mål.
- Der er betydelige forskelle på tværs af enheder i sundhedsvæsenet, og den oplevede forretningsmæssige værdi vil derfor være meget forskellig på tværs af enheder. Det er derfor svært at etablere en klar forretningsmæssig forankring, selv med tydelig opbakning fra topledelsen.

Klart defineret end-to-end-ansvar for opgaver kan skabe handlerum og bedre muligheder for at arbejde med digital forretningsudvikling og optimering af opgaver, der samles

- Det er afgørende, at der er en klar arbejdsdeling mellem aktører og så få opgavemæssige afhængigheder som muligt i de situationer, hvor forskellige aktører er involveret i den samlede opgaveløsning.
- En vis armslængde til den politiske styring (fx offentligt ejet aktieselskab, selvejende institution eller anden offentlig selskabsform) kan give ro til at arbejde udviklingsorienteret med opgaveløsningen inden for de rammer, der er sat.

For styring/organisering betyder det, at:

Modellerne skal bidrage til tydeligt ejerskab og forankring hos forretningen ift. at drive data og digitalisering med afsæt i forretningsmæssige behov og med ansvar for implementering og værdiskabelse.

Modellerne forudsætter en grad af ensretning og standardisering af de processer, der skal understøttes digitalt (som minimum inden for de opstillede organisatoriske enheder).

Understøttende cases



Læringer fra cases ift. barriere 4: Leverandørafhængighed

Input fra cases vedr. konsekvenser af leverandørafhængighed

- De undersøgte cases giver en række input til, hvordan og i hvilket omfang mulige modeller for styring og organisering af data og digitalisering kan adressere den identificerede barriere vedr. betydningen af leverandørafhængighed for udviklingshastighed.
- Det er en central observation, at kompleksiteten i datastrukturer og samlet systemportefølje betyder, at der skal træffes valg om, i hvilke dele af porteføljen det er mest afgørende at nedbringe leverandørafhængighed og sikre udviklingshastighed.

De enkelte cases er beskrevet uddybende i bilag B.

Strukturel barriere 4: Sammenfatning af nøgleobservationer og input til opstilling af modeller

Det er en strukturel barriere, at:

- 4** Afhængighed af store leverandører gør det dyrt og langsomt at udvikle særligt fælles løsninger på tværs af systemer.

Det er en nøgleobservation fra flere cases, at:

Store, komplekse forretningskritiske kernesystemer og eksisterende datastrukturer dikterer udviklingshastighed og forretningsmæssig fleksibilitet

- Konsolidering/migrering kan være en forudsætning for at opnå ønskede forretningsmæssige mål, men det er i sig selv komplekse og tidskrævende indsatser (ofte 5-10-årige projekter), der vil kræve betydeligt fokus.
- Der er – uanset systemlandskab – betydelig kompleksitet forbundet med at etablere og opretholde forudsætningerne for, at forretningen kan arbejde hurtigt og fleksibelt med data på tværs af mange, decentrale datakilder.

Der er forskellige strategier, men ingen simple løsninger til at opnå større hastighed og fleksibilitet i udviklingen af nye forretningsunderstøttende it-løsninger

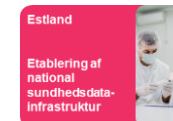
- Ved at nedbryde it-systemer i standardiserede moduler og stille krav til brug af åbne standarder.
- Ved at indgå dybe udviklingssamarbejder, hvor en eller få it-leverandører gøres til partner i forretningsudviklingen.
- Gennem en de-koblet/bimodal tilgang, hvor der arbejdes med længere tidshorisont og lav hastighed på de store it-systemer og hurtigt itererede, mindre løsninger "på toppen", ofte koblet til klar sourcing/udviklingsstrategi (make or buy).

For styring/organisering betyder det, at:

Modellerne skal understøtte, at der efterfølgende kan arbejdes med forskellige teknologi- og sourcing-strategier.

Modellerne skal som minimum kunne bidrage til standardisering af data, fælles arkitekturkrav og processer på tværs af sundhedsvæsenet.

Understøttende cases



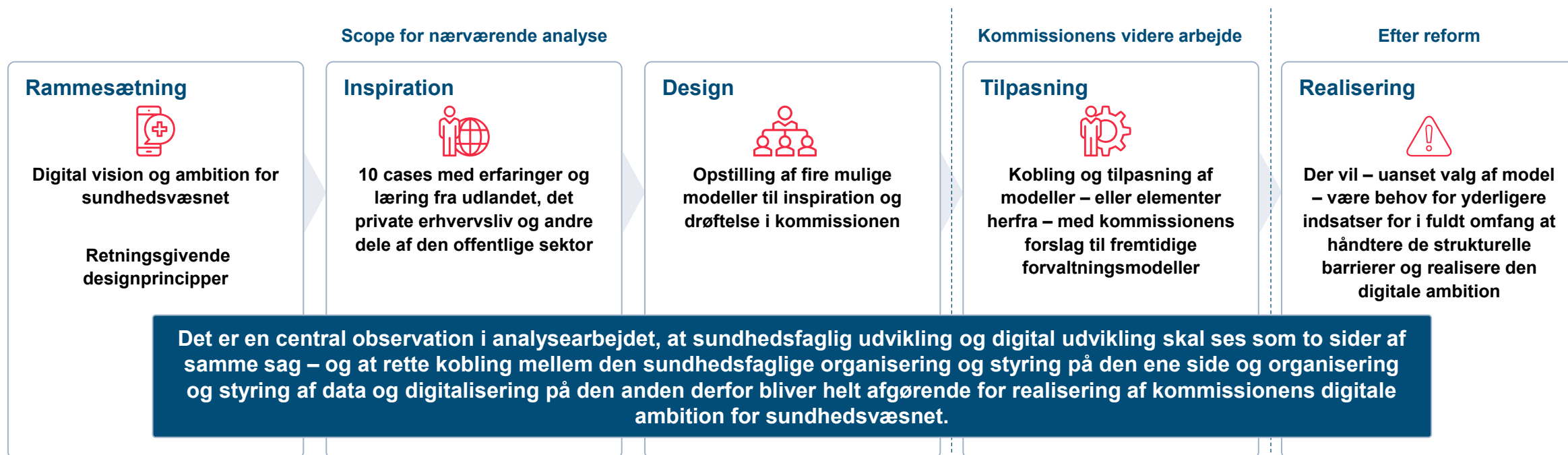
04

Modeller for styring og organisering



Opstilling af modeller for organisering og styring

Som led i analysearbejdet er der opstillet fire forslag til modeller for organisering og styring af data og digitalisering i sundhedsvæsnets net. Arbejdet med modellerne har været rammesat af kommissionens digitale ambition for sundhedsvæsnets net samt af en række retningsgivende principper. Derudover henter modellerne hver især inspiration fra de 10 cases, der indgår i analysen. Hensigten med de fire modeller er at give inspiration til kommissionens arbejde, og der udestår derfor et arbejde med at koble og tilpasse en eller flere af de skitserede modeller med kommissionens forslag til fremtidige forvaltningsmodeller.



Digital vision og ambition for sundhedsvæsenet

Der ligger klare digitale ambitioner for sundhedsvæsenet til grund for kommissionens arbejde

- De mulige nye modeller for styring og organisering af digitaliseringsindsatsen i sundhedsvæsenet skal sikre de fornødne rammer for at kunne realisere de digitale ambitioner, der er beskrevet i sigtelinjerne for kommissionens arbejde.
- Der vil i forlængelse af, at der etableres en ny struktur for sundhedsvæsenet – og en ny styring og organisering af digitaliseringsindsatsen – skulle træffes en række mere konkrete valg (fx om teknologi, udvikling og brug af leverandører) som led i arbejdet med at realisere den overordnede digitale ambition for sundhedsvæsenet.

Nye modeller for organisering og styring skal understøtte den overordnede vision for data og digitalisering ved at skabe de rette rammer for at kunne adressere identificerede forudsætninger og strukturelle barrierer

Vision, forudsætninger og barrierer

DET ER EN AMBITION/VISION, AT...

- Borgere og sundhedspersonale på tværs af sundhedsvæsenet kan let og overskueligt tilgå borgernes sundhedsoplysninger, når de er relevante for indsatsen.
- Borgerne møder et sammenhængende, digitalt og tilgængeligt sundhedsvæsen på lavest mulige behandlingsniveau, bistår borgerne i at være aktive deltagere i egen behandling og forebyggelse.
- Et digitalt sundhedsvæsen flytter sundhedsvæsenet tæt på borgeren, så de kan modtage behandling i eller tæt på eget hjem.
- Teknologi skal optimere arbejdsgange for medarbejdere, så der frigøres arbejdskraft og sikres en effektiv kapacitets- og ressourceudnyttelse i alle dele af sundhedsvæsenet.
- Fremtidens sundhedsvæsen er et lærende sundhedsvæsen, hvor kvalitetsudvikling sker på baggrund af valide og tidstro data.

DET KRÆVER, AT...

- Én infrastruktur og fælles standarder sikrer gnidningsfri deling og visning af data på tværs af sundhedsvæsenets forskellige IT-fagsystemer.
- Innovation og udvikling er drevet af forretningsbehov, og løsninger med god effekt skaleres og tages i bred anvendelse hurtigt.
- Der prioriteres og sikres optimal udnyttelse af tilgængelige ressourcer i sundhedsvæsenet, herunder en konsolideret anvendelse af IT-systemer og løsninger.
- Relevante digitale løsninger og data stilles til rådighed for borgere, sundhedspersonale og beslutningstagere.

DET ER EN STRUKTUREL BARRIERE, AT...

- Der mangler beslutnings- og eksekveringskraft og fælles prioritering, bl.a. vedrørende udvikling og implementering af fælles løsninger og infrastruktur.
- Aktørernes forudsætninger for at udvikle, implementere og drifte digitale og datadrevne løsninger er meget forskellige.
- Der er utilstrækkelige strukturer, rammer og incitamenter for udbredelse af borgerrettede digitale løsninger og datadrevne teknologier.
- Afhængighed af store leverandører gør det dyrt og langsomt særligt at udvikle fælles løsninger på tværs af systemer.

Designprincipper for opstilling af mulige modeller

I tillæg til den overordnede vision og ambition og de identificerede strukturelle barrierer er der opstillet seks designprincipper for arbejdet med mulige nye modeller for organisering og styring af data og digitalisering

- Designprincipperne er udarbejdet med afsæt i kommissorium for kommissionens arbejde, opdraget for nærværende analyse samt indledende drøftelser med styregruppe og følgegruppe for analysearbejdet.
- De seks designprincipper er brugt som rettesnor i arbejdet med at skitsere mulige modeller for organisering og styring, der kan adressere de identificerede strukturelle barrierer og bidrage til at realisere den overordnede vision og ambition.

Seks designprincipper for modeller for organisering og styring af digitaliseringsindsatsen i sundhedsvæsnets

Modellerne skal:

- 1 **Adressere én eller flere centrale udfordringer i det nuværende situationsbillede.**
- 2 **Kunne tilpasses grundlæggende strukturelle ændringer i sundhedsvæsnets.**
- 3 **Bygge oven på eksisterende digitale kapaciteter i sundhedsvæsnets.**
- 4 **Være fagligt og ressourcemæssigt bæredygtige.**
- 5 **Være realiserbare inden for en rimelig tidshorisont og uden unødige risici.**
- 6 **Foreslå forskellige tilgange til løsning af de identificerede udfordringer.**

Motivation for princip

- Det er afsættet for de skitserede modeller at få løst de mest vigtige udfordringer ift. digitalisering og data.
- Kommissionens arbejde forventes at resulterer i strukturelle ændringer.
- Der er betydelig viden og ekspertise forankret i de eksisterende data- og digitaliseringsenheder.
- Flere af de identificerede udfordringer handler om mangel på kapacitet og om knappe ressourcer, der er spredt tyndt.
- Sikker og stabil drift er afgørende for sundhedsvæsnets kerneopgaver.
- Modellerne skal bidrage til at understøtte drøftelser i kommissionen af behov for omstilling vs. risikoappetit.

Konsekvens for design af modeller

- Det skal være tydeligt for de opstillede modeller, hvilke udfordringer de adresserer og i hvilket omfang.
- Modellerne vil foreslå gruppering af opgaver i organisatoriske enheder, ikke tage stilling til organisatorisk placering.
- Modellerne vil skitsere, hvordan nuværende organisatoriske enheder flyttes/sammenlægges/opdeles.
- Modellerne vil som udgangspunkt sigte mod etablering af organisatoriske enheder med en bæredygtig størrelse.
- Nogle modeller kan vise sig svært realiserbare og have en lang tidshorisont pga. kompleksitet og risici.
- Der vil være forskel på, i hvor høj grad den enkelte model adresserer de identificerede udfordringer.

Opmærksomhedspunkter ift. fremtidig organisering og styring

De skitserede modeller for organisering og styring er opstillet med henblik på at adressere de strukturelle barrierer, der er i relation til data og digitalisering i sundhedsvæsenet i dag. Erfaringerne fra de undersøgte cases viser imidlertid, at der – uanset valg af model – vil være behov for yderligere indsatser for i fuldt omfang at håndtere de strukturelle barrierer. Nedenfor opsummeres tre centrale temaer, som vil kræve beslutninger og indsatser ud over en ny organisering og styring.

Sundhedsfaglig forankring, ejerskab og ansvar

- Erfaringer fra såvel den nuværende organisering i sundhedsvæsenet som flere af de undersøgte cases viser, at det kræver løbende fokus og tæt kobling i det daglige for at sikre nødvendig sundhedsfaglig forankring og ejerskab til digitale udviklingsinitiativer.
- Mulige løsninger involverer typisk ændrede arbejdsmetoder og processer på et mere operationelt niveau, fx agil udvikling og DevOps, som supplement til den overordnede organisering og styring.

Standardisering af arbejdsprocesser og data

- Erfaringer fra såvel den nuværende organisering i sundhedsvæsenet som flere af de undersøgte cases viser, at der er et betydeligt og kontinuert arbejde forbundet med at sikre ensartede processer og data som grundlag for at opnå ønskede gevinster.
- Mulige løsninger involverer typisk en bred vifte af indsatser i relation til kvalitetssikring samt opfølgning og fastholdelse af fælles praksis, fx ift. arbejdsprocesser og dokumentation, som supplement til den overordnede standardisering og kravstillelse.

Teknologi- og leverandørstrategi

- Erfaringer fra såvel den nuværende organisering i sundhedsvæsenet som flere af de undersøgte cases viser, at der ligger en række afgørende beslutninger i relation til valg af teknologier og leverandører mhp. at sikre hastighed og omstillingsevne ift. kritiske opgaveområder.
- Mulige løsninger involverer ofte en bredere vifte af strategier, fx make or buy, dekomponering/modularisering, mhp. at nedbringe afhængigheder.

De skitserede modeller sætter overordnede organisatoriske og styringsmæssige rammer for arbejdet med data og digitalisering.

Modellerne vil alle – i forskelligt omfang og på forskellig måde – adressere de identificerede strukturelle barrierer, der er i dag.

Der vil – uanset valg af fremtidig model – udestå en række beslutninger og indsatser for til fulde at håndtere disse barrierer og udfordringer.

Fire modeller for organisering og styring

Der er som led i analysen skitseret fire modeller for organisering og styring af data og digitalisering i sundhedsvæsnet

- Udgangspunktet har været, at modellerne på forskellig vis skal anvise måder at adressere de identificerede strukturelle barrierer og dermed bidrage til at realisere kommissionens overordnede vision og ambition.
- Den endelige model for organisering og styring kan meget vel være en variant af én af de skitserede modeller eller en hybrid mellem flere modeller. De skitserede modeller skal ses som inspiration og oplæg til drøftelse.
- Hver af de fire modeller uddybes på de følgende sider. Endvidere er modellerne uddybende beskrevet i bilag C.

Fire modeller for en konsolidering af den nuværende organisering og styring

1

Én samlet organisering og styring af den fællesoffentlige digitalisering

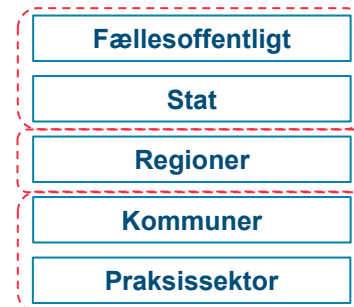
- **Formål:** Modellen skal sikre strategisk retning og bedre udnyttelse af kapaciteten til eksekvering i den fællesoffentlige digitaliseringsindsats.
- **Karakteristika:** Konsolidering af fællesoffentlig digitalisering i én samlet organisation.
- **Inspiration:** Uddannelses- og beskæftigelsesområderne samt finanssektoren og Estland.



2

Tre lagdelte organisationer på tværs af landet

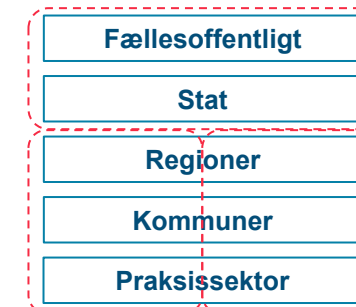
- **Formål:** Modellen skal sikre strategisk retning og større kapacitet til eksekvering via specialisering og opbygning af kompetencer inden for hvert hovedopgaveområde (det nære, det specialiserede og det fællesoffentlige).
- **Karakteristika:** Lagdelt konsolidering med tre organisationer.
- **Inspiration:** Statens It, KOMBIT og Udbetaling Danmark.



3

To-fem geografisk opdelte organisationer med national overbygning

- **Formål:** Modellen skal sikre en digitalt sammenhængende patientrejse ved at samle organisering og styring på tværs af regioner, kommuner og praksissektor.
- **Karakteristika:** To-fem geografisk opdelte operationelle organisationer samt en fælles, national organisation.
- **Inspiration:** Finland, Kaiser Permanente og finanssektoren.



4

Én samlet digitaliseringsorganisation for hele sundhedsvæsnet

- **Formål:** Modellen skal sikre bedre sammenhæng mellem strategisk retning og operationel eksekvering på tværs af hele sundhedsvæsnet.
- **Karakteristika:** Én samlet organisering af data- og digitaliseringsopgaver.
- **Inspiration:** Kaiser Permanente samt private koncerner, fx inden for life science.

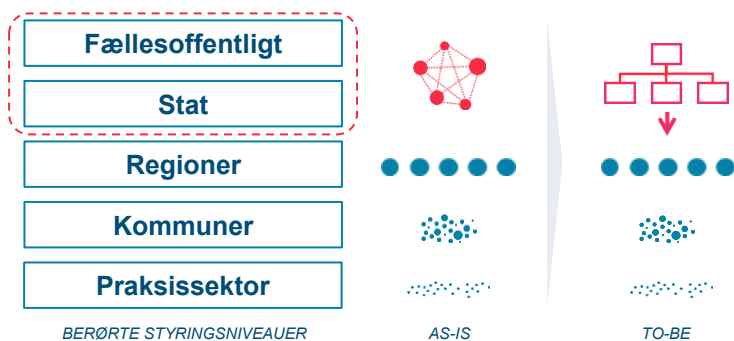


Model 1: Én samlet organisering og styring af den fællesoffentlige digitalisering

Formålet med denne model er at sikre strategisk retning og større kapacitet til eksekvering i den fællesoffentlige digitaliseringsindsats

- Modellen fokuserer primært på data- og digitaliseringsopgaver, der i dag ligger på det statslige og fællesoffentlige niveau.
- Organisering af data- og digitaliseringsopgaver, der i dag ligger på de øvrige styringsniveauer, justeres ikke i modellen, men fælles retning for og overordnet styring af disse opgaver styrkes via bindende nationale krav og standarder, evt. koblet til finansieringspulje.

Model 1: Én samlet organisering og styring af den fællesoffentlige digitalisering



Nøglekarakteristika

- Stærkere statsligt mandat til at sætte retning vha. lovgivning, krav, standarder og båndlagte decentrale midler.
- Ny national organisering af fællesoffentlige udviklings- og driftsopgaver samler ca. 500 årsværk og ca. 0,5 mia. kr. i eksternt it-budget.
- Ingen ændringer i den decentrale organisering af data og digitalisering i de enkelte regioner og kommuner samt i praksissektor.

Cases, der har bidraget med inspiration



Overordnet beskrivelse af modellen

- Modellen samler organiseringen af de fællesoffentlige opgaver vedr. data og digitalisering, der i dag er placeret hos SDS og en række øvrige styrelser samt hos MedCom, Sundhed.dk og andre aktører, fx Sundhedsjournalen.
- Samtidig gives et stærkere styringsmæssigt mandat til, at staten kan udstikke bindende krav, fx i form af bekendtgørelser, der kan understøtte fælles retning i forlængelse af nationale strategier, fx ift. standarder og mål for tilslutning til/udbredelse af borgervendte og kliniske løsninger. Mandatet kan fx understøttes vha. båndlagte puljer hos regioner, kommuner og praksissektor til nødvendige systemtilpasninger i decentrale systemer som følge af centrale krav.
- Modellen ændrer IKKE ved organisering af og ansvar for de opgaver vedr. data og digitalisering, der i dag løses i regioner og kommuner samt i praksissektor, fx anskaffelse, drift og videreudvikling af EPJ el. EOJ. Styring af opgaverne forbliver den enkelte organisations ansvar, men nu med stærkere national rammesætning.

Fremtidig organisering og styring af opgaver

- Opgaver med direkte politisk og lovgivningsmæssigt ophæng, fx fastlæggelse af overordnet strategisk retning samt udmelding og håndhævelse af krav og standarder, samles i én statslig organisation, hvor der sikres tæt kobling til den nationale sundhedspolitiske retning og fastlæggelse af sundhedsfaglige mål.
- Opgaver vedr. udvikling, vedligehold og drift af fællesoffentlige løsninger og infrastruktur, fx NSP, FMK, SDN, Sundhed.dk og Sundhedsjournalen m.fl. samles i én national eller fællesoffentlig organisation, fx et offentligt ejet selskab, som har samlet ansvar for løsningerne inden for de overordnede rammer, der er givet.
- Opgaver vedr. sekundær anvendelse af data, herunder nationale og øvrige fælles registre, som i dag ligger hos SDS og en række øvrige styrelser samt hos RKKP, KIAP m.fl., kan evt. samles som del af samme fællesoffentlige organisering.

Model 1: Én samlet organisering og styring af den fællesoffentlige digitalisering

Modellen vil i særlig grad give bedre muligheder for at sætte retning, prioritere ressourcer og skabe sammenhæng i de fællesoffentlige løsninger

- Modellen imødegår nogle af de strukturelle barrierer ved at give et stærkere styringsmæssigt mandat til staten og samle kompetencer, ressourcer og økonomi for de fællesoffentlige løsninger i én organisation.
- Modellen adresserer ikke lokale udfordringer med manglende beslutnings- og eksekveringskraft.
- Modellen kan dog rammesætte forpligtede lokale løsninger og opgaver som fx anskaffelse, drift og videreudvikling af EPJ el. EOJ gennem nationale krav og standarder.

Model 1: Én samlet organisering og styring af den fællesoffentlige digitalisering

Strukturelle barrierer

- 1 Der mangler beslutnings- og eksekveringskraft og fælles prioritering.
- 2 Aktørernes forudsætninger for udvikling og drift af løsninger er meget forskellige.
- 3 Utilstrækkelige strukturer, rammer og incitamenter for udbredelse af løsninger.
- 4 Afhængighed af store leverandører gør det dyrt og langsomt at udvikle.

Vurdering af modellen ift. de fire strukturelle barrierer

Fordele

- Skaber rammer for klarere prioritering og hurtigere udvikling af løsninger
- Rammesætter lokale løsninger via national strategi og bindende krav.
- Samler kompetencer og ressourcer til udvikling og drift af nationale og fællesoffentlige løsninger.
- Styrker rammer og incitamenter ift. udbredelse af nationale og fællesoffentlige løsninger via bindende krav og sikring af finansiering til tilslutning.
- Giver mulighed for etablering af samlet strategi for teknologivalg, make or buy-beslutninger samt leverandørstyring ift. nationale og fællesoffentlige løsninger.

Ulemper

- Adresserer ikke lokale udfordringer med manglende beslutnings- og eksekveringskraft.
- Adresserer ikke manglende ressourcer til eksekvering lokalt, særligt ift. det nære.
- Kun mandat til at styre fællesoffentlige og nationale løsninger, mens lokale løsninger kun rammesættes via krav og standarder.
- Sikrer kun indirekte, at lokale løsninger overholder nationale krav.

Opmærksomhedspunkter

- Den nye organisation skal fra starten have et tydeligt mandat og en afstemt og prioriteret opgaveportefølje samt finansiering, så opgaver og mandat ikke løbende bliver "til forhandling". Hvis modellen baseres på aftaler, forudsættes det, at disse opfattes som forpligtende af parterne.
- Modellen har sit primære fokus på data- og digitaliseringsopgaver, som i dag ligger på det statslige og fællesoffentlige niveau. Der bør dog tages stilling til, hvorvidt det også giver værdi at samle nationale og øvrige fælles registre, som organisatorisk set er placeret på de øvrige styringsniveauer, fx i RKKP og KIAP.
- Ulempen vedr. manglende ressourcer til lokal eksekvering kan imødegås ved, at den nye fællesoffentlige organisation får rolle som kompetencecenter og støtte for lokal implementering, fx via rejsehold.

! Modellen VIL...

- Skabe bedre muligheder for at prioritere ressourcer og skabe sammenhæng på tværs af fællesoffentlige løsninger
- Give et stærkere mandat til at sætte retning på nationalt niveau.

? Modellen KAN...

- Bidrage til at skabe bedre rammer for sekundær anvendelse af data, hvis nationale og øvrige fælles registre medtænkes i den fællesoffentlige organisering.

X Modellen VIL IKKE...

- Understøtte konsolidering af kliniske kernesystemer som EPJ, EOJ m.fl..
- Understøtte konsolidering af administrative systemer som ESDH, økonomi, løn/HR m.fl.
- Omfatte basis-it som servere, netværk, telefoni, devices m.m.

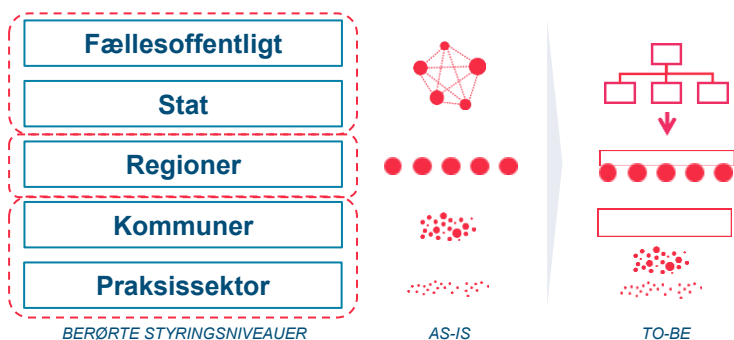
Model 2:

Tre lagdelte organisationer på tværs af landet

Formålet med denne model er at sikre strategisk retning og større kapacitet til eksekvering via specialisering og opbygning af kompetencer inden for hvert hovedområde (det nære, det specialiserede og det fællesoffentlige)

- Modellen er kendetegnet ved en lagdelt tilgang, hvor organisering og styring af data og digitalisering er opdelt i hhv. 1) det nære og 2) det specialiserede sundhedsvæsen og 3) det fællesoffentlige.
- Styring og organisering af nationale og fællesoffentlige opgaver samt ansvar for overordnet retning og styring følger model 1.

Model 2: Tre lagdelte organisationer på tværs af landet



Nøglekarakteristika

- Stærkere statsligt mandat til at sætte retning vha. lovgivning, krav, standarder og båndlagte decentrale midler.
- Ny national eller fællesoffentlig organisation samler ca. 500 årsværk og ca. 0,5 mia. kr. i eksternt it-budget.
- Ny organisering samler i alt ca. 3.500 årsværk og ca. 3 mia. kr. i eksternt it-budget fra regionerne i én organisation.
- Ny organisering samler i alt op til ca. 800 årsværk¹ og ca. 2 mia. kr. i eksternt it-budget fra kommuner og praksissektor i én organisation.

Cases, der har bidraget med inspiration



Overordnet beskrivelse af modellen

- Organisering og styring af de fællesoffentlige opgaver samt etableringen af et stærkere styringsmæssigt mandat på nationalt niveau følger model 1.
- Organisering og styring af de operationelle data- og digitaliseringsopgaver i sundhedsvæsenet samles i to organisationer: 1) én organisation, der samler opgaver i relation til det specialiserede sundhedsvæsen (opgaver, der i dag ligger i regionerne) og dermed bygger videre på allerede igangsatte fællesregionale initiativer, fx fællesindkøb, og 2) én organisation, der samler opgaver i relation til det nære sundhedsvæsen (opgaver, der i dag ligger i kommuner og praksissektor).

Fremtidig organisering og styring af opgaver

- Opgaver vedr. udvikling, vedligehold og drift af systemporteføljen i relation til det specialiserede sundhedsvæsen samles i én fællesregional organisation. Organisationen etableres med decentrale enheder på flere geografiske lokationer, fx knyttet til klyngestrukturen.
- Opgaver vedr. udvikling, vedligehold og drift af systemporteføljen i relation til det nære sundhedsvæsen samles i én fællesoffentlig organisation, fx efter samme model som KOMBIT eller Statens It, og med mulighed for at støtte lokalt, fx via rejsehold.
- Begge organisationer har inden for deres opgaveområde samlet ansvar for prioritering, budget og indkøb samt implementering og udbredelse af egne og fællesoffentlige løsninger inden for de overordnede rammer, der er givet.
- Begge organisationer etableres med tæt kobling til de sundhedsfaglige beslutningsstrukturer i det nære og det specialiserede sundhedsvæsen for at sikre retning, forankring og nærhed til den sundhedsfaglige opgaveløsning, fx koblet til klyngestrukturen (tættere kobling mellem data/digitalisering og det sundhedsfaglige vil være et indsatsområde uanset valg af overordnet model).

¹ Kommunale årsværk knyttet til opgaver vedr. basis-it er i mange (særligt mindre og mellemstore) kommuner placeret i kommunens digitaliseringsafdeling og vil derfor mere vanskeligt kunne flyttes.

Model 2:

Tre lagdelte organisationer på tværs af landet

Modellen vil i særlig grad understøtte konsolidering og stordrift ved at samle ressourcer og kompetencer med klar allokering til hhv. det nære, det specialiserede og det fællesoffentlige

- Modellen imødegår de strukturelle barrierer ved at give et stærkere styringsmæssigt mandat til staten og samle kompetencer, ressourcer og økonomi i tre lagdelte niveauer.
- Modellen sikrer således lokal eksekveringskraft på alle niveauer.
- Modellen adresserer ikke høst/så-problematikker på tværs af det nære og det specialiserede, og den samlede patientrejse bliver "et delt ansvar" mellem de tre styringsniveauer.

Model 2: Tre lagdelte organisationer på tværs af landet

Strukturelle barrierer

- 1 Der mangler beslutnings- og eksekveringskraft og fælles prioritering.
- 2 Aktørernes forudsætninger for udvikling og drift af løsninger er meget forskellige.
- 3 Utilstrækkelige strukturer, rammer og incitamenter for udbredelse af løsninger.
- 4 Afhængighed af store leverandører gør det dyrt og langsomt at udvikle.

Vurdering af modellen ift. de fire strukturelle barrierer

Fordele

- Samler prioritering og styring af løsninger i tre styringsmæssige lag
- Rammesætter lokale løsninger via bindende nationale krav og standarder.
- Skaber fagligt og ressourcemæssigt bæredygtige organisationer for det nære, det specialiserede og det fællesoffentlige.
- Styrker rammer og incitamenter ift. udbredelse af fælles løsninger gennem bindende krav og sikring af finansiering til tilslutning i hver af de tre lag.
- Understøtter leverandør- og teknologistrategier i det tre niveauer, fx via koordinerede make or buy-beslutninger og teknologivalg.

Ulemper

- Risiko for manglende sammenhæng i prioriteringer på tværs af lagdelte styringsniveauer.
- Gør det svært at flytte kompetencer og ressourcer på tværs af det nære og det specialiserede i takt med ændret opgavefordeling.
- Adresserer ikke høst/så-problematikker på tværs af det nære og det specialiserede.
- Risiko for at konsolidering øger leverandørafhængighed.

Opmærksomhedspunkter

- Det vil være nødvendigt, at der på nationalt niveau kan træffes beslutning om reallokering af ressourcer på tværs af de enkelte lag mhp. at kunne foretage løbende prioriteringer og tilpasninger.
- Der er stor forskel i kompleksitet forbundet med konsolidering afhængig af systemtype. For eksempel er det langt mere komplekst at konsolidere diagnostiske systemer end et administrativt standardssystem, fx ESDH. Der er derfor behov for tydelig prioritering og planlægning, hvor gevinstpotentialer vurderes op mod fx skifteomkostninger, hastighed, ressourcebinding, leverandør-lock-in m.v.
- Den lagdelte organisering betyder, at den samlede patientrejse bliver et fælles ansvar på tværs af de lagdelte styringsniveauer, hvilket kræver en samlet styring og koordinering på tværs af de tre styringsniveauer.

! Modellen VIL...

- Styrke retning og sammenhæng for fællesoffentlige løsninger og give et stærkere nationalt mandat på samme måde som model 1
- Samle ressourcer og kompetencer med klar allokering til hhv. det nære, det specialiserede og det fællesoffentlige
- Understøtte konsolidering og stordrift, særligt af basis-it og standardsystemer.

? Modellen KAN...

- Understøtte konsolidering af specialsystemer, fx diagnostiske systemer, og udvikling af fælles løsninger i de enkelte lag, fx borgervendte apps, hvis der etableres rette forankring i og involvering af klinikken (fx rejsehold og agile metoder).

X Modellen VIL IKKE...

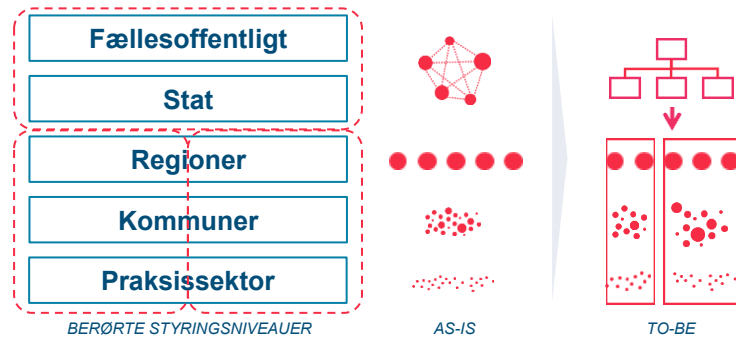
- Understøtte et sammenhængende digitaliseringsperspektiv på den samlede patientrejse, da organiseringen følger en opdeling af sundhedsvæsenet i det nære og det specialiserede.

Model 3: To-fem geografisk opdelte organisationer med national overbygning

Formålet med denne model er at sikre en digitalt sammenhængende patientrejse ved at samle organisering og styring på tværs af de operationelle styringsniveauer

- Modellen er kendetegnet ved, at styring og organisering af data og digitalisering i den operationelle del af sundhedsvæsenet (det nære og det specialiserede) er organiseret omkring den samlede patientrejse i to-fem geografisk opdelte organisationer.
- Styring og organisering af nationale og fællesoffentlige opgaver samt ansvar for overordnet retning og styring følger model 1.

Model 3: To-fem geografisk opdelte organisationer med national overbygning



Nøglekarakteristika

- Stærkere statsligt mandat til at sætte retning vha. lovgivning, krav, standarder og båndlagte decentrale midler.
- Ny national organisering af fællesoffentlige udviklings- og driftsopgaver samler ca. 500 årsværk og ca. 0,5 mia. kr. i eksternt it-budget.
- Ny organisering af sundhedsvæsenets operationelle it-opgaver samler i alt ca. 4.300 årsværk og ca. 5 mia. kr. i eksternt it-budget fordel på to-fem nye geografisk opdelte organisationer.

Cases, der har bidraget med inspiration



Overordnet beskrivelse af modellen

- Organisering og styring af de fællesoffentlige opgaver samt etableringen af et stærkere styringsmæssigt mandat på nationalt niveau følger model 1.
- Organisering og styring af de operationelle data og digitaliseringsopgaver i sundhedsvæsenet samles i to-fem geografisk opdelte organisationer, fx efter nuværende regionale struktur eller Østdanmark/Vestdanmark, så hver organisation er fagligt bæredygtig og drager fordel af/bygger videre på den organisatoriske og systemmæssige konsolidering, der allerede er foretaget i de regionale koncern-it-enheder, som i kraft af deres ressource- og systemmæssige volumen vil blive rygraden i de nye organisationer.
- Denne organisering kan sikre en samlet digital understøttelse af patientrejsen på tværs af det nære og det specialiserede sundhedsvæsen (opgaver, der i dag er delt mellem regioner, kommuner og praksissektor).

Fremtidig organisering og styring af opgaver

- Opgaver vedr. udvikling, vedligehold og drift af den regionale og kommunale systemportefølje samt løsninger til almen praksis inden for hvert af de to-fem geografiske områder samles i én regional eller fællesoffentlig organisation, fx et offentligt ejet selskab, der har samlet ansvar for prioritering, budget og indkøb samt implementering og udbredelse af egne og fællesoffentlige løsninger inden for de overordnede rammer, der er givet.
- De to-fem operationelle digitaliseringsorganisationer etableres med tæt kobling til de sundhedsfaglige beslutningsstrukturer for at sikre retning, forankring og nærhed til den sundhedsfaglige opgaveløsning. Endvidere kan organisationerne etableres med decentrale enheder på flere geografiske lokationer, fx knyttet til klyngestrukturen (tættere kobling mellem data/digitalisering og det sundhedsfaglige vil være et indsatsområde uanset valg af overordnet model).

Model 3: To-fem geografisk opdelte organisationer med national overbygning

Modellen vil i særlig grad understøtte sammenhængende digitalisering af hele patientrejsen på tværs af det nære og det specialiserede sundhedsvæsen

- Modellen imødegår de strukturelle barrierer ved at give et stærkere styringsmæssigt mandat til staten og samle kompetencer, ressourcer og økonomi på tværs af nuværende operationelle styringsniveauer (regioner, kommuner og praksissektor).
- Modellen sikrer således samlet beslutnings- og eksekveringskraft omkring patientrejsen, men indebærer en risiko for geografisk skævhed og lokal enegang i digitaliseringsindsatsen på tværs af landet.

Model 3: To-fem geografisk opdelte organisationer med national overbygning

Strukturelle barrierer

- 1 Der mangler beslutnings- og eksekveringskraft og fælles prioritering.
- 2 Aktørernes forudsætninger for udvikling og drift af løsninger er meget forskellige.
- 3 Utilstrækkelige strukturer, rammer og incitamenter for udbredelse af løsninger.
- 4 Afhængighed af store leverandører gør det dyrt og langsomt at udvikle.

Vurdering af modellen ift. de fire strukturelle barrierer

Fordele

- Samler prioritering og styring af nationale og fællesoffentlige løsninger
- Giver mulighed for at fokusere digital indsats på at følge/støtte patienten.
- Samler ressourcer og kompetencer omkring den samlede patientrejse samt for de nationale og fællesoffentlige løsninger.
- Skaber rammer for sammenhængende digital forretningsudvikling, der kan adressere høste/så-problematikker på tværs af den samlede patientrejse.
- Understøtter leverandør- og teknologistrategier i få store enheder, fx via koordinerede make or buy-beslutninger og teknologivalg.

Ulemper

- Risiko for, at der ikke er tilstrækkelig koordination og fælles retning mellem nationalt/fællesoffentligt niveau og nye operationelle organisationer.
- Risiko for, at der i de nye operationelle organisationer ikke allokeres nok ressourcer til det nære, fordi det specialiserede "tager" hovedparten.
- Risiko for, at udbredelse af løsninger hindres af manglende ensartethed på tværs af operationelle organisationer.
- Risiko for, at konsolidering øger leverandørafhængighed.

Opmærksomhedspunkter

- Den geografisk opdelte organisering indebærer en risiko for, at digitale forskelle/skævheder på tværs af landet, der allerede ses i dag, fx ift. dataadgang for patienter og sundhedsfaglige, forstærkes yderligere.
- Samtidig vil hver af de to-fem organisationer have en budget- og opgavemæssig størrelse, der kan mindske opbakningen til fællesoffentlige løsninger.
- Det vil derfor være nødvendigt, at der på nationalt niveau kan træffes bindende beslutninger, fx om tilslutning til fællesoffentlige løsninger og infrastruktur mhp. at kunne sikre ensartede digitale muligheder og sammenhæng for borgere og sundhedsfaglige.

! Modellen VIL...

- Styrke retning og sammenhæng for fællesoffentlige løsninger og give et stærkere nationalt mandat på samme måde som model 1
- Samle ressourcer og kompetencer i to-fem operationelle organisationer omkring den samlede patientrejse
- Understøtte konsolidering og stordrift af basis-it og samlet systemportefølje i de enkelte organisationer.

? Modellen KAN...

- Sikre forankring og ejerskab i klinikken gennem interne styrings- og finansieringsmodeller, fx systemejerskab og budgetansvar, og involverende/forpligtende arbejdsmetoder (fx rejsehold, agile metoder).

X Modellen VIL IKKE...

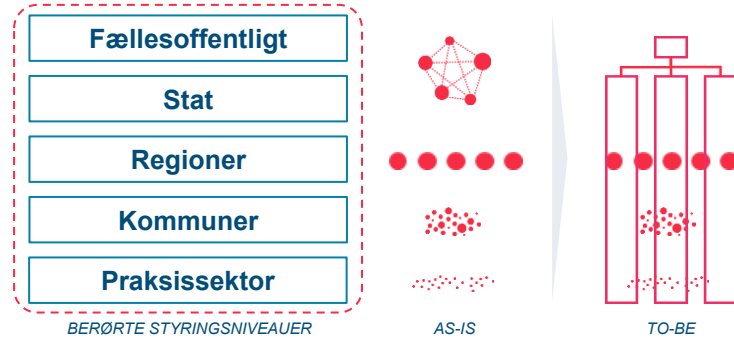
- Sikre entydig allokering af ressourcer og kompetencer til hhv. det nære og det specialiserede, da der etableres én samlet organisering på tværs af den samlede patientrejse.

Model 4: Én samlet digitaliseringsorganisation for hele sundhedsvæsn

Formålet med denne model er at sikre bedre sammenhæng mellem strategisk retning og operationel eksekvering på tværs af hele sundhedsvæsn

- Modellen er kendetegnet ved, at der etableres én samlet organisering og styringsmodel for data og digitalisering på tværs af hele sundhedsvæsn.
- Inden for rammerne af denne organisering vil der kunne etableres decentrale enheder, der med afsæt i geografisk nærhed eller funktionel specialisering sikrer sammenhæng til den sundhedsfaglige opgaveløsning.

Model 4: Én samlet digitaliseringsorganisation for hele sundhedsvæsn



Nøglekarakteristika

- Ny national organisering af sundhedsvæsnets samlede opgaveportefølje samler ca. 4.800 årsværk og ca. 5,5 mia. kr. i eksternt it-budget i én organisation.

Cases, der har bidraget med inspiration



Overordnet beskrivelse af modellen

- Organisering og styring af de fællesoffentlige opgaver og af de opgaver, der i dag løses i regioner og kommuner samt i almen praksis, samles i én fælles, national organisering med tydelig rammesætning og retning på nationalt niveau og én operationel organisation med samlet prioritering, ét budget og fælles indkøb.

Fremtidig organisering og styring af opgaver

- Opgaver med direkte politisk og lovgivningsmæssigt ophæng, fx fastlæggelse af overordnet strategisk retning for data og digitalisering samles i én statslig organisation, hvor der sikres tæt kobling til den nationale sundhedspolitiske retning og fastlæggelse af sundhedsfaglige mål.
- Opgaver vedr. udvikling, vedligehold og drift af såvel fællesoffentlige løsninger som regionale og kommunale systemporteføljer samt løsninger til almen praksis samles i én national eller fællesoffentlig organisation, fx et offentligt ejet selskab, der har samlet ansvar for løsningerne inden for de overordnede rammer, der er givet.
- Den operationelle digitaliseringsorganisation etableres med tæt kobling til de sundhedsfaglige beslutningsstrukturer for at sikre retning, forankring og nærhed til den sundhedsfaglige opgaveløsning. Endvidere etableres organisationen med decentrale enheder på flere geografiske lokationer, fx med afsæt i de nuværende regionale koncern-it-enheder eller knyttet til klyngestrukturen (tættere kobling mellem data/digitalisering og det sundhedsfaglige vil være et indsatsområde uanset valg af overordnet model).

Model 4: Én samlet digitaliseringsorganisation for hele sundhedsvæsenet

Modellen giver i særlig grad mulighed for at sætte samlet retning og allokere ressourcer til politisk prioriterede indsatser på tværs af hele sundhedsvæsenet

- Modellen adresserer de strukturelle barrierer gennem en høj grad af centralisering i styring og opgaveløsning, der giver mulighed for tværgående prioritering og konsolidering af opgaver og systemer.
- Modellen indebærer samtidig en række risici, fx i relation til manglende sundhedsfagligt ejerskab og forankring, der netop skyldes størrelsen og graden af centralisering.
- Modellen kan til dels håndtere dette gennem processer og metoder for løbende involvering.

Model 4: Én samlet digitaliseringsorganisation for hele sundhedsvæsenet

Strukturelle barrierer

- 1 Der mangler beslutnings- og eksekveringskraft og fælles prioritering.
- 2 Aktørernes forudsætninger for udvikling og drift af løsninger er meget forskellige.
- 3 Utilstrækkelige strukturer, rammer og incitamenter for udbredelse af løsninger.
- 4 Afhængighed af store leverandører gør det dyrt og langsomt at udvikle.

Vurdering af modellen ift. de fire strukturelle barrierer

Fordele

- Samler prioritering og styring for hele sundhedsvæsenet ét sted
- Gør det muligt at allokere ressourcer til prioriterede indsatser.
- Samler ressourcer og kompetencer på tværs af hele sundhedsvæsenet
- Giver gode muligheder for prioritering af mest vigtige indsatser.
- Skaber rammer for sammenhængende digital forretningsudvikling, der kan adressere høste/så-problematikker på tværs af den samlede patientrejse.
- Placerer ansvar for leverandør- og teknologistrategier ét sted, herunder make or buy-beslutninger og teknologivalg.

Ulemper

- Risiko for, at lokale krav, ønsker og behov ikke i tilstrækkelig grad høres i samlet prioritering.
- Risiko for, at der ikke allokeres nok ressourcer til det nære, fordi det specialiserede og det fællesoffentlige "tager" hovedparten.
- Risiko for manglende decentral opbakning og ejerskab til centralt udviklede løsninger.
- Risiko for at konsolidering øger leverandørafhængighed.

Opmærksomhedspunkter

- Modellen forudsætter etablering af lokale/decentrale enheder samt involverende/forpligtende arbejdsmetoder for at sikre nærhed til den sundhedsfaglige opgaveløsning samt for at understøtte sundhedsfagligt ejerskab og forankring for på den måde at imødegå de skitserede risici, der er forbundet med etablering af én samlet organisation, fx rette kobling til og prioritering af mest vigtige data og digitaliseringsindsatser.
- National konsolidering og harmonisering af basis-it og systemlandskab indebærer en risiko for øget leverandørafhængighed og for, at der skabes nye "it-monolitter". Det kan fx imødegås gennem tydelige strategier for make or buy, nye former for udbud og kravstillelse til leverandører med fokus på flerleverandørstrategier, dekomponering/modularisering af større systemkomplekser, øget brug af open source m.v.

! Modellen VIL...

- Styrke retning og sammenhæng for fællesoffentlige løsninger og give et stærkere nationalt mandat på samme måde som model 1
- Samle ressourcer og kompetencer i én organisation for hele sundhedsvæsenet
- Understøtte konsolidering og stordrift af basis-it og samlet systemportefølje i sundhedsvæsenet.

? Modellen KAN...

- Sikre forankring og ejerskab i klinikken gennem interne styrings- og finansieringsmodeller, fx systemejerskab og budgetansvar, og involverende/forpligtende arbejdsmetoder (fx rejsehold og agile metoder).

X Modellen VIL IKKE...

- Allokere ressourcer og kompetencer til det nære, det specialiserede og det fællesoffentlige, men i stedet til én samlet organisation med det overordnede ansvar for prioritering og styring.

Opsummering af nøglekarakteristika for modeller

Der er som led i analysen skitseret fire modeller for organisering og styring af data og digitalisering i sundhedsvæsnet

- De fire modeller adresserer – på forskellig vis – de identificerede strukturelle barrierer og giver dermed fire bud på, hvordan en ny organisering og styring af data og digitalisering, i højere grad end tilfældet er i dag, vil kunne bidrage til at realisere den overordnede vision og ambition.
- Modellen for organisering og styring af data og digitalisering afhænger af, hvilken overordnet forvaltningsmodel, der i sidste ende vælges.
- Den endelige model kan derfor meget vel være en variant af én af de skitserede modeller eller en hybrid mellem flere modeller.

Opsummering af nøglekarakteristika for de fire modeller

	Model 1: Én samlet organisering og styring af den fælles-offentlige digitalisering	Model 2: Tre lagdelte organisationer på tværs af landet	Model 3: To-fem geografisk opdelte organisationer med national overbygning	Model 4: Én samlet digitaliseringsorganisation for hele sundhedsvæsnet
Fokus og scope for modeller	<ul style="list-style-type: none"> • Fokus på at adressere strukturelle barrierer ift. de fællesoffentlige løsninger. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fokus på at adressere strukturelle barrierer på alle styringsniveauer gennem tre lagdelte organisationer omkring det nære, det specialiserede og det fællesoffentlige. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fokus på at adressere strukturelle barrierer på alle styringsniveauer gennem to-fem geografisk opdelte operationelle enheder samt en fælles national overbygning. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fokus på at adressere strukturelle barrierer på alle styringsniveauer gennem én samlet digitaliseringsorganisation for sundhedsvæsnet.
Nøglekarakteristika for organisering	<ul style="list-style-type: none"> • Samler nationale styringsopgaver i statslig organisation • Samler drift og udvikling af national infrastruktur og fællesoffentlige løsninger i én fællesoffentlig organisation. 	<ul style="list-style-type: none"> • National og fællesoffentlig organisering følger model 1 • Samler drift og udvikling af regionale løsninger i én fællesregional organisation • Samler drift og udvikling af kommunale og praksis løsninger i én fællesoffentlig organisation. 	<ul style="list-style-type: none"> • National og fællesoffentlig organisering følger model 1 • Samler drift og udvikling af regionale, kommunale og praksis løsninger i to-fem fællesoffentlige organisationer på tværs af regioner, kommuner og praksis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Samler nationale styringsopgaver i statslig organisation • Samler drift og udvikling af fællesoffentlige, regionale, kommunale og praksis løsninger i én fællesoffentlig organisation.
Nøglekarakteristika for styring	<ul style="list-style-type: none"> • Styrker statsligt mandat til at sætte retning vha. lovgivning, standarder og evt. økonomi med fokus på at sikre lokal opbakning til fællesoffentlige løsninger • Beslutninger kan evt. placeres i nationalt partsforum, hvis aftaler reelt er forpligtende og bindende for de enkelte parter. 	<ul style="list-style-type: none"> • Styrker national retning, jf. model 1 • Styrker operationel styring og prioritering ved at samle ansvar for budget, indkøb og systemportefølje i to operationelle organisationer lagdelt for hhv. det nære (kommuner og praksis) og det specialiserede (regioner). 	<ul style="list-style-type: none"> • Styrker national retning, jf. model 1 • Styrker operationel styring og prioritering ved at samle ansvar for budget, indkøb og systemportefølje i to-fem operationelle organisationer på tværs af regioner, kommuner og praksis i hvert geografisk område. 	<ul style="list-style-type: none"> • Styrker national retning, jf. model 1 • Styrker operationel styring og prioritering ved at samle ansvar for budget, indkøb og systemportefølje i én samlet operationel organisation på tværs af regioner, kommuner og praksis i hele landet.

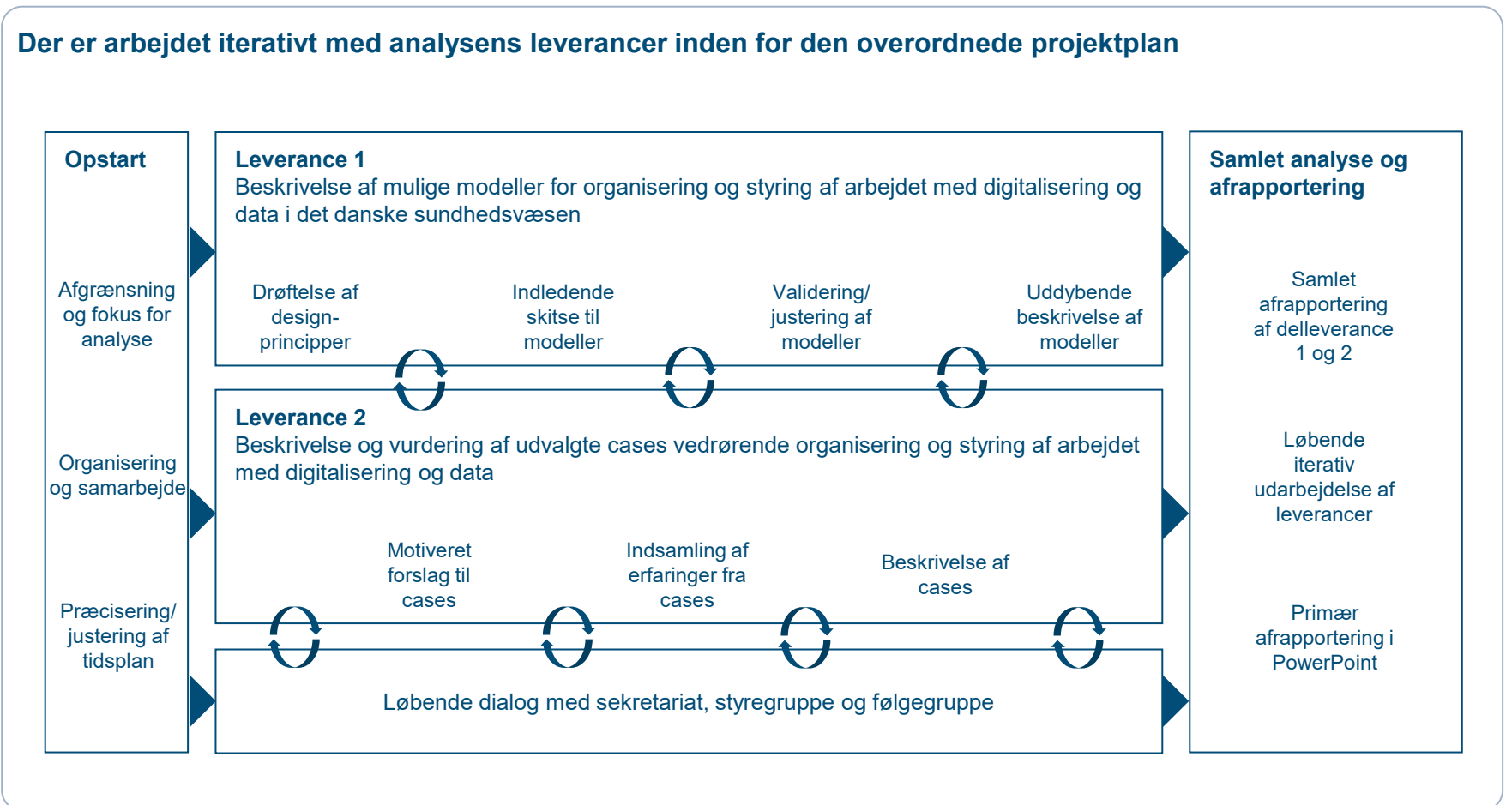
A

Fremgangsmåde og
datagrundlag



Fremgangsmåde

Analyseprocessen har overordnet været tilrettelagt som et iterativt forløb, hvor der er arbejdet i parallel på analysens to hovedleverancer og med løbende inddragelse af kommissionens sekretariat, analysens styregruppe samt en følgegruppe bestående af udvalgte medlemmer af kommissionen.



Datagrundlag og forudsætninger for estimater i situationsbillede

Der er ifm. opstilling af situationsbilledet udarbejdet et overordnet estimat ift. interne ressourcer og eksternt it-forbrug for hver af de fem styringsniveauer

- Formålet med estimaterne er at give et helt overordnet billede af de relative forskelle mellem de fem styringsniveauer, når det gælder rådigheden over interne it-ressourcer og økonomi til eksternt it-forbrug.
- Det har ikke været hensigten at foretage en præcis opgørelse af internt og eksternt it-forbrug. De udarbejdede estimater er således skønsmæssige og behæftet med betydelig usikkerhed.
- Interne it-ressourcer og økonomi til eksternt it-forbrug er kumulativt.

Generelle forudsætninger og datagrundlag for estimater i situationsbillede

Generelle forudsætninger

- Ift. estimering af eksternt it-forbrug er der som udgangspunkt taget afsæt i regnskabstal for 2022 (Finansministeriets regnskabsdatabase for staten samt REGR31 for regioner og REGK31 for kommuner i Statistikbanken, Danmarks Statistik).
- Hvis der i estimeringen af økonomi er anvendt ældre kilder, er de fremskrevet til 22-niveau baseret på Finansministeriets generelle pris og lønindeks.
- Ved opregning til landsplan er der enten anvendt befolkningstal (FOLK1 i Statistikbanken, Danmarks Statistik) eller opregning baseret på antal ansatte (data fra Kommunernes og Regionernes Løndatakontor).

Praksissektor

- **Interne ressourcer:** Optælling af medarbejdere i centrale organisationer som PLO, PLSP og KIAP. Der er ikke regnet med interne ressourcer i de enkelte lægepraksisser.
- **Eksternt it-forbrug:** Der er taget afsæt i datapunkter for udvalgte praksisser, som er ekstrapoleret til landsplan baseret på antal lægekapaciteter. Der er regnet med 3.500 lægekapaciteter i almen praksis og yderligere 3.500 andre kapaciteter (speciallæger, fysioterapeuter m.m.).

Kommuner

- **Interne ressourcer:** Der er foretaget en opregning baseret på kendskab til bemanding i et antal kommuner med varierende størrelse og organisering af it inden for sundhed/ældrepleje. Hertil skønsmæssig optælling af relevante medarbejdere i KL og KOMBIT.
- **Eksternt it-forbrug:** Der er taget udgangspunkt i analyse af den kommunale it-økonomi fra 2018 udført af PWC for Finansministeriet og KL. Sundheds/plejes andel af den samlede it-økonomi er baseret på regnskabstal antaget at udgøre en forholdsmæssig andel på 20 pct.

Regioner

- **Interne ressourcer:** Der er foretaget en opregning baseret på offentliggjorte enhedsbeskrivelser, organisationsdiagrammer og afdelingsoversigter samt en skønsmæssig vurdering af omfanget af decentrale ressourcer på de enkelte hospitaler.
- **Eksternt it-forbrug:** Der er foretaget en opgørelse af varekøb og tjenesteydelser for hhv. drift og anlæg på hovedkonto 1.50.36, 1.50.37 og 4.20.13 i de regionale regnskaber. Der er regnet med en underrapportering på ca. 10 pct.

Stat

- **Interne ressourcer:** Der er foretaget en skønsmæssig optælling baseret på offentliggjorte enhedsbeskrivelser, organisationsdiagrammer og afdelingsoversigter for relevante styrelser og organisationer i staten.
- **Eksternt it-forbrug:** Der er foretaget en opgørelse af regnskabskonto 2260 og 2265 samt dele af 2270 for relevante styrelser og organisationer i staten. Økonomien for fællesoffentlige løsninger drevet af staten er opgjøret som statslig.

Fællesoffentligt

- **Interne ressourcer:** Der er foretaget en skønsmæssig optælling baseret på offentliggjorte enhedsbeskrivelser, organisationsdiagrammer og afdelingsoversigter for relevante styrelser og organisationer i staten.
- **Eksternt it-forbrug:** Der er foretaget en skønsmæssig opgørelse baseret på offentliggjorte årsrapporter, regnskaber samt øvrige tilgængelige kilder vedr. fællesoffentlige indsatser i relation til sundheds-it.

Datagrundlag og fremgangsmåde ift. udarbejdelse af cases

Der er ifm. analysearbejdet udvalgt og beskrevet i alt 10 cases mhp. at hente inspiration og erfaringer vedr. organisering og styring af data og digitalisering

- Der indgår fem cases fra den offentlige sektor, to cases fra det private erhvervsliv og tre internationale cases i analysen.

Fremgangsmåde og datagrundlag for udarbejdelse af cases

Udvælgelse af cases

- Det har været et krav, at der skulle vælges tre typer af cases – cases fra andre dele af den offentlige sektor i Danmark, cases fra det private erhvervsliv og cases fra udlandet. Det har ikke på forhånd været fastlagt, hvor mange cases der i alt skulle indgå i arbejdet, ligesom der ikke på forhånd har været fastlagt en fordeling af cases mellem de tre typer.
- Cases er identificeret gennem en proces, hvor PA har foretaget en indledende identifikation af mulige cases med afsæt i drøftelser med analysens styregruppe om, hvilke temaer og problemstillinger det har været mest relevant at få belyst. Denne indledende bruttoliste er suppleret gennem yderligere dialog med styregruppen samt med den etablerede følgegruppe. På den baggrund har PA udarbejdet et samlet motiveret oplæg, hvorefter de 10 cases er udvalgt i dialog med styregruppen.

Skriftligt materiale

- Der er i forbindelse med alle 10 cases anvendt offentligt tilgængeligt skriftligt kildemateriale. Det drejer sig typisk om strategier, årsrapporter, regnskaber, evalueringer, forskningsartikler samt oplysninger vedr. formål, historik, opgaver og organisering på case-organisationernes hjemmesider.
- Det skriftlige materiale er anvendt ifm. identifikation og udvælgelse af cases, forberedelse af de gennemførte interviews samt ifm. udarbejdelse af case-beskrivelser.

Kvalitative interviews

- For otte ud af de 10 cases er der som supplement til det skriftlige materiale gennemført et kvalitativt interview med en centralt placeret ressourceperson. Der har været anvendt en semistruktureret tilgang, hvor der i interviewet er taget afsæt i motivationen for udvælgelsen af den pågældende case. På den baggrund er der spurgt aktivt ind til læringer og erfaringer, samt hvad der har været særligt i kontekst for den konkrete case. Endelig er der spurgt mere åbent til øvrige forhold med relevans for erfaringsindsamlingen.
- For to cases har det ikke været muligt at gennemføre interviews. Det drejer sig om beskæftigelsesområdet og Estland. Disse cases er alene baseret på skriftligt materiale og PA's forudgående viden om de pågældende cases.

Opsamling af erfaringer og læring

- På baggrund af gennemgangen af det skriftlige materiale samt de gennemførte interviews er der foretaget en systematisk opsamling af centrale observationer og erfaringer med afsæt i de fire strukturelle barrierer, der har fungeret som ramme for det samlede analysearbejde. De centrale observationer er søgt detaljeret i de enkelte case-beskrivelser, hvor andre læringer og relevante erfaringer også er medtaget. Alle væsentlige pointer er på denne måde forsøgt sammenfattet og overbragt som led i analysearbejdet.

B

Uddybende
beskrivelse af cases



Uddybende case-beskrivelser

Dette bilag indeholder uddybende beskrivelser af de 10 cases, der indgår i analysen. Beskrivelserne er udarbejdet på baggrund af skriftligt kildemateriale samt interviews (se bilag A for uddybende beskrivelse). For hver case er der dels givet en række nøglekarakteristika samt baggrund og kontekst for casen, dels er læringer og nøgleerfaringer opsummeret og sammenfattet i en række centrale observationer i relation til organisering og styring af data og digitalisering.

Cases fra andre dele af den offentlige sektor

Beskæftigelses-
området

Etablering af
fælles
datagrundlag og
styringsmodel



Styrelsen for It og
Læring

Etablering af
fælles løsninger
til et
sektorområde



KOMBIT

Etablering af
fælleskommunal
bestillerfunktion
på it-området



Udbetaling
Danmark

Centralisering og
digitalisering af
kommunale
opgaver



Statens It

Etablering af
fællesstatslig
drifts- og
supportfunktion



Cases fra det private erhvervsliv

Life science-
virksomhed

Konsolidering af
data governance
og samlet cloud-
strategi



Finanssektoren

Branchefælles
digital
infrastruktur



Cases fra udlandet

Kaiser
Permanente

It-understøttelse
af sammen-
hængende
sundhedstilbud



Estland

Etablering af
national
sundhedsdata-
infrastruktur



Finland

National data-
platform og
reformdrevet it-
konsolidering i
sundhedsvæsenet



Beskæftigelsesområdet (1/2)

Beskæftigelsesområdet har vha. krav forankret i lovgivning, et fælles datagrundlag og en ny model for leverandørsamarbejde gjort det lettere at understøtte hyppige politiske ændringer på området

Casen giver særligt erfaringer med:

- Organisering af it-udvikling, så den ansvarlige styrelse i stedet for en vandfaldsbaseret tilgang har valgt et tæt, agilt samarbejde med en mindre gruppe af leverandører
- Brug af lovgivning til rammestyling af offentlige og private aktører på området.

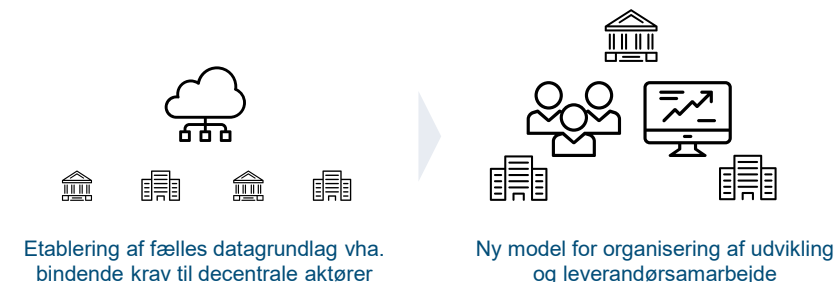
Beskæftigelsesområdet – baggrund, kontekst og digitaliseringsrejse

Nøglekarakteristika

- **Størrelse:** Beskæftigelsesområdet omfatter ministeriet, beskæftigelsesindsatsen i landets 98 kommuner samt faglige organisationer, a-kasser og private leverandører.
- **Organisering:** Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering er etableret som styrelse under Beskæftigelsesministeriet.
- **Fokus:** Styrelsen har både politikforberedende opgaver, tilsynsopgaver og ansvar for digitalisering.
- **Tidshorisont:** Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering blev etableret i 2014 gennem en fusion af Arbejdsmarkedsstyrelsen og Styrelsen for Fastholdelse og Rekruttering.

Baggrund og kontekst

- Beskæftigelsesområdet er præget af hyppige reformer, lovændringer og revisioner af regler. Samtidig er det et område med mange, forskellige decentrale aktører.
- Digitaliseringsindsatsen på beskæftigelsesområdet har derfor i høj grad været drevet af et ønske om at sikre større hastighed i de digitale udviklingsprojekter samtidig med, at der har skullet være frihed til at rumme mange og forskellige decentrale aktører med forskellige it-systemer.
- Erfaringen har været, at det dels krævede en rammestyling med fælles krav om indberetning til alle decentrale aktører, dels hurtigere metoder til udvikling og tilpasning af de centrale it-systemer.



Digitaliseringsrejse

- I 2006 blev der i forlængelse af lov om en aktiv beskæftigelsesindsats fastsat en bekendtgørelse mhp. etablering af et fælles datagrundlag på beskæftigelsesområdet (DFDG). Bekendtgørelsen, der løbende er blevet revideret og opdateret frem til i dag, pålægger myndigheder og private aktører at indberette en række specificerede oplysninger. På den måde har det været muligt at sikre sammenhæng og fælles data på tværs af aktørerne på området.
- I 2016 etablerede Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering Star City som fælles udviklingsorganisation, hvor udviklerteams fra fire leverandører og medarbejdere fra styrelsen selv er placeret sammen i én organisation, hvor medarbejderne anvender agile metoder til i fællesskab at udvikle og vedligeholde digitale løsninger, primært Jobnet og DFDG.

Beskæftigelsesområdet (2/2)

Beskæftigelsesområdet har gjort en række væsentlige erfaringer i relation til organisering og styring af data og digitalisering

Nøgleerfaringerne fra beskæftigelsesområdet omfatter:

- Betydningen af ændret udviklingsmetode og ændret leverandørsamarbejde som tilgang til at sikre hurtigere digital understøttelse af politiske krav og ønsker.

Beskæftigelsesområdet – nøgleerfaringer, læringer og centrale observationer

Nøgleerfaringer og læringer

Strategi

- Det er en væsentlig erfaring, at den etablerede udviklingsmodel, hvor udviklingsteams fra flere leverandører arbejder tæt sammen med styrelsens egne medarbejdere i fælles teams, har sikret adgang til specialiserede kompetencer og gjort det muligt at udvikle og tilpasse digitale løsninger til nye politiske krav væsentligt hurtigere.

Data

- Etableringen af et fælles datagrundlag har været en afgørende forudsætning for at kunne styre og følge op på de mange og forskellige aktører på beskæftigelsesområdet (kommuner, a-kasser, private udbydere). Her har brug af "hårde" krav forankret i lovgivning og bekendtgørelse været et vigtigt instrument.

Systemer

- Systemleverandører til de decentrale aktører på beskæftigelsesområdet er underlagt bekendtgørelsens krav ift. indberetning af data til de nationale systemer på området.

Basis-it

- -

Centrale observationer

Organisering

- Kombinationen af fælles arbejdsmetoder og samorganisering mellem egne medarbejdere og it-leverandørernes udviklerteams har været afgørende for at kunne sikre en større hastighed i udvikling og tilpasning af de nationale digitale løsninger på området.

Styring

- Brug af bekendtgørelse som "hårdt" styringsinstrument over for decentrale aktører og it-leverandører har bidraget til at sikre etableringen af et fælles datagrundlag på beskæftigelsesområdet.

Styrelsen for It og Læring (1/2)

Styrelsen for It og Læring har opbygget styringsmodeller og arbejdsmetoder, der sikrer tættere kobling til og hurtigere digital eksekvering af politiske beslutninger

Casen giver særligt erfaringer med:

- Organisering af it-udvikling tæt koblet til de politiske processer
- Brug af lovgivning til rammestyling af decentrale institutioner og it-leverandører.

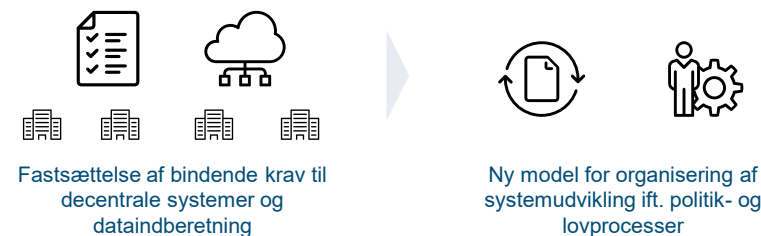
Styrelsen for It og Læring – baggrund, kontekst og digitaliseringsrejse

Nøglekarakteristika

- **Størrelse:** Styrelsen for It og Læring har ca. 400 medarbejdere.
- **Organisering:** Styrelsen for It og Læring er etableret som styrelse under Børne- og Undervisningsministeriet.
- **Fokus:** Styrelsen har ansvar for at understøtte digitalisering på ministeriets område og udvikler og driver i den forbindelse en række digitale løsninger.
- **Tidshorisont:** Styrelsen for It og Læring blev etableret i 2014 ved en omdannelse af organisationen UNI-C.

Baggrund og kontekst

- Styrelsen for It og Læring har på vegne af ministeriet det overordnede ansvar for digitalisering på børne- og undervisningsområdet og sætter dermed rammerne for, hvordan de enkelte uddannelsesinstitutioner skal bruge data og digitalisering, og hvilke krav der gælder for it-leverandører på området.
- Derudover udvikler og driver styrelsen en række fælles digitale løsninger, fx optagelse.dk og Aula, samt en række registre og infrastruktur på området.



Digitaliseringsrejse

- UNI-C, forløberen for Styrelsen for It og Læring, udviklede og drev studieadministrative systemer på vegne af flere uddannelsesinstitutioner.
- I 2015 fik styrelsen for første gang fastsat en bekendtgørelse, som overlod ansvaret for valg af it-system til den enkelte uddannelsesinstitution mod, at det valgte system dokumenterbart lever op til kravene i bekendtgørelsen.
- I de efterfølgende år er antallet af omfattede uddannelsesområder såvel som de stillede krav, fx ift. integrationer og aflevering af data, løbende udvidet i takt med den øgede digitalisering.
- Parallelt hermed har styrelsen løbende opbygget egne udviklingskompetencer til at kunne understøtte udvikling af nye digitale løsninger tæt koblet til politiske strategier og mål.

Styrelsen for It og Læring (2/2)

Styrelsen for It og Læring har gjort en række væsentlige erfaringer i relation til organisering og styring af data og digitalisering

Nøgleerfaringerne fra Styrelsen for It og Læring omfatter:

- Betydningen af – ved hjælp af lovgivning og finansiering – at kunne rammestyre og opstille bindende krav og standarder til decentrale aktører og it-leverandører som forudsætning for at kunne etablere fælles, nationale løsninger.

Styrelsen for It og Læring – nøgleerfaringer, læringer og centrale observationer

Nøgleerfaringer og læringer

Strategi

- Det er en væsentlig erfaring, at opbygningen af egne udviklingskompetencer og brug af agile udviklingsmetoder tæt koblet til de politiske processer og det lovforberevende arbejde har gjort det muligt hurtigere at kunne levere digital understøttelse af nye initiativer, fordi det har været muligt at starte planlægning og udviklingsarbejde tidligere i processen. Dette har været en løbende læring i takt med, at der er opbygget erfaringer og viden fra tidligere udviklingsforløb.

Data

- Det har været en væsentlig forudsætning for etableringen af fælles og opdaterede datagrundlag på området, at indberetning af data fra uddannelsesinstitutionerne har været bredt dækkende og af god kvalitet. I den forbindelse har muligheden for at stille "hårde" krav til de decentrale it-systemer via systemrevisionsbekendtgørelsen været af afgørende betydning (se også nedenfor).

Systemer

- Det er en væsentlig erfaring, at det med systemrevisions-bekendtgørelsen har været muligt på én gang at decentralisere ansvaret for valg af it-system til den enkelte uddannelsesinstitution og samtidig sikre overholdelse af fælles krav og standarder som grundlag for ensartet indberetning til de fælles løsninger og registre.
- En fælles forståelse med systemleverandørerne på området ift. de forventede omkostninger til løbende tilpasninger har været vigtig.

Basis-it

- -

Centrale observationer

Organisering

- En organisering med tæt kobling mellem de politiske og lovgivningsmæssige processer og reelle udviklingskompetencer har givet højere hastighed ift. eksekvering af politiske initiativer, der kræver digital understøttelse.

Styring

- Brug af bekendtgørelse som "hårdt" styringsinstrument over for decentrale institutioner og it-leverandører har bidraget til at sikre overholdelse af fælles standarder og krav ift. integration og datadeling.

KOMBIT (1/2)

KOMBIT er et kommunalt ejet it-fællesskab, der er ansvarlig for at indkøbe, forvalte, drifte og videreudvikle fælles it-løsninger i kommunerne

Casen giver særligt erfaringer med:

- Organisering og styring af fælles indkøb samt implementering og drift af it-løsninger
- Udvikling af konkurrence i et monopolignende marked mhp. at opnå økonomiske besparelser
- Betydning af konstruktion som kommunalt ejet selskab
- Udfordringer med implementering, udviklingshastighed og høst af gevinster i kommunernes arbejdsprocesser.

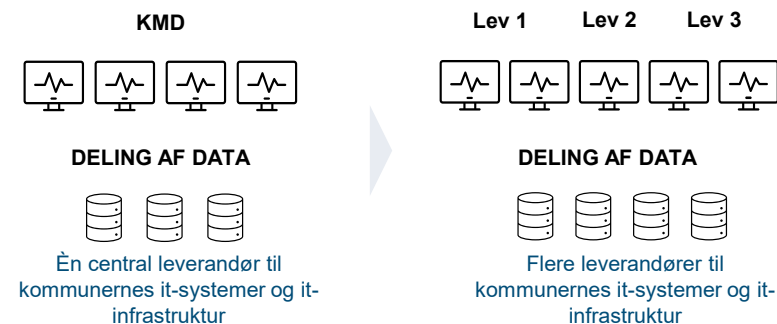
KOMBIT – baggrund, kontekst og digitaliseringsrejse

Nøglekarakteristika

- **Størrelse:** KOMBIT leverer fælles it-løsninger til landets 98 kommuner og har ansvaret for mere end 30 forskellige it-løsninger i en organisation med ca. 230 ansatte.
- **Organisering:** KOMBIT er etableret som et kommunalt selskab ejet af landets 98 kommuner via KL.
- **Fokus:** Fælles indkøb, forvaltning og drift af kommunale landsdækkende it-løsninger, fx Aula, Borgerblikket, Digitalisering af Udsatte Børn og Unge (DUBU), NemRefusion og Kommunernes Sygedagpengesystem.
- **Tidshorisont:** KOMBIT blev etableret i 2009.

Baggrund og kontekst

- KOMBIT blev etableret i 2009 og overtog aktiviteter og medarbejdere fra det daværende Kommune Holding - en holding-konstruktion omkring KL's ejerskab af KMD A/S.
- Ved salget af KMD A/S i 2009 besluttede KL's bestyrelse, med opbakning fra kommunerne, at styrke Kommune Holding, der skiftede navn til KOMBIT og fik tilført 50 pct. af provenuet fra salget af KMD som startkapital.
- KOMBIT fik til opgave at indkøbe fælles løsninger på udvalgte områder mhp. at bryde KMD's monopollignende markedsposition og opnå licensbesparelser på min. 25 procent af de daværende licensomkostninger svarende til knap 550 mio. kroner (2017-tal).



Digitaliseringsrejse

- KOMBIT blev født med et mandat og finansiering til at konkurrenceudsætte en række af KMD's it-løsninger, herunder systemer til sygedagpenge, kontanthjælp, sagsoverblik og datadeling mellem it-løsninger.
- Det såkaldte "monopolbrud" blev gennemført over en 10-årig periode. I 2022 opnåede KOMBIT en samlet gennemsnitlig besparelse på 25 pct. af licensomkostninger samt øget konkurrence i det kommunale it-marked.
- Undervejs har KOMBIT spillet en aktiv rolle i udviklingen af nye it-løsninger som fx NemRefusion til indberetning af syge- og barseldagpenge, Bygnings- og Boligregister (BBR) samt Aula til skoler og dagtilbud.
- KOMBIT og KL har desuden etableret en rammearkitektur med åbne standarder og krav til, hvordan it-løsninger bygges, så de hænger sammen.

KOMBIT (2/2)

KOMBIT har gjort en række væsentlige erfaringer i relation til organisering og styring af data og digitalisering

KOMBITs nøgleerfaringer omfatter:

- Udbud har været samlet i for "store bidder", og der er skabt nye "monolitter"
- Etableringen af en fælles rammearkitektur har gjort det nemmere at udskifte leverandører og har givet KOMBIT håndtag til at styre it-udviklingen
- "Kantstenslevering" af it-systemer er ikke nok for de fleste kommuner givet ressourceknaphed.

KOMBIT – nøgleerfaringer, læringer og centrale observationer

Nøgleerfaringer og læringer

Strategi

- Tydelighed om mandat og finansiering samt konstruktion som kommunalt selskab har givet retning, fokus på opgaveløsning og har "skærmet" KOMBIT i håndteringen af politiske sager og interessenter.
- Det markante fokus på "monopolbrud" og den økonomiske business case har skærpet KOMBITs fokus og prioritering – men har også overskygget andre fordele ved at etablere et fælles it-selskab, herunder fælles kompetencer, innovation og udbredelse af nye løsninger.

Data

- KOMBIT har haft særligt fokus på opbygning af den såkaldte FLIS-løsning (Fælleskommunal LedelsesInformationsSystem). Løsningen samler rådata fra fagsystemer, som kan bruges til analyser, ledelsesinformation og benchmarking på tværs af kommuner.
- KOMBIT har erfaret en betydelig variation i datakvalitet og anvendelse samt udfordringer i samspil med andre løsninger. Bedre og mere aktiv dataanvendelse er også udpeget som et spor i KOMBITs nye strategi.

Systemer

- 1:1 systemudskiftninger med samlede kontrakter af systemudvikling og drift har medført nye bindinger til leverandører med betydning for udviklingshastighed, konkurrencesituation og fleksibilitet.
- KOMBIT har leveret it-systemer som "kantstensleveringer" uden bistand til implementering, hvilket har medført variation i systemanvendelsen.
- KOMBIT har i 2023 formuleret en ny strategi, som bl.a. har fokus på øget ansvar for it-drift, it-sikkerhed, implementering og dataanvendelse.

Basis-it

- KOMBIT har ikke haft direkte fokus på opgaver vedr. basis-it, som fortsat håndteres i den enkelte kommune eller via lokale fælleskommunale it-fællesskaber.
- Der har dog været en lang række eksempler på afhængigheder mellem systemvalg og brugen af devices og it-miljøer, hvilket er et opmærksomhedspunkt ifm. systemudbud og implementering.

Centrale observationer

Organisering

- Organisering omkring udbud, systemudvikling og systemforvaltning samt den valgte implementeringsstrategi har medført stor variation i implementeringshastighed og anvendelsen af it-løsninger.
- Forskelle i arbejdsprocesser, kultur og tilgang til implementering på tværs af kommuner har haft væsentlig betydning for kommunernes organisatoriske implementering og høst af procesgevinster, som har været mangelfuld.

Styring

- Mandat og opgaveportefølje er løbende blevet justeret, hvilket hver gang har medført en proces mhp. at søge opbakning blandt kommunerne. Processen har været tidskrævende og har forsinket produktudviklingen.
- Etableringen af et fælles digitaliseringsråd med deltagelse af både KL og KOMBIT har gjort det nemmere at sikre koordinering og indhente faglige og tekniske input fra kommunerne.

Udbetaling Danmark (1/2)

Udbetaling Danmark har som led i en konsolidering af den offentlige ydelsesudbetaling gennemført en større modernisering og konkurrenceudsættelse af centrale it-systemer og opbygget kapabiliteter inden for data og borgervendt digitalisering

Casen giver særligt erfaringer med:

- Etablering af en organisation til løsning af offentlige driftsopgaver "løskoblet" fra det politiske system
- Konsolidering af en driftsopgave, hvor modernisering og konkurrenceudsættelse af it-systemporteføljen har været en central del af opgaven.

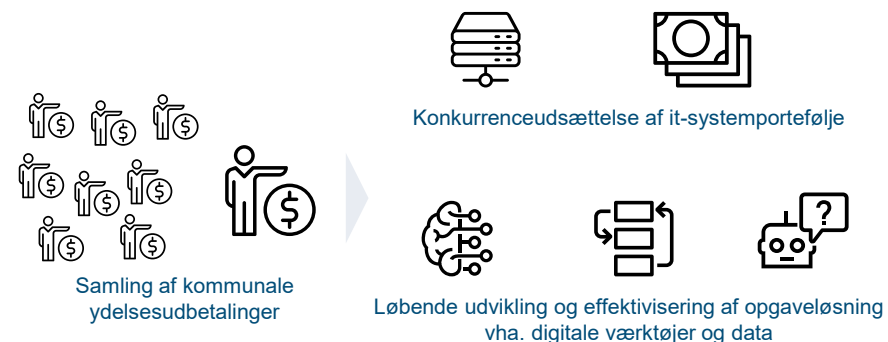
Udbetaling Danmark – baggrund, kontekst og digitaliseringsrejse

Nøglekarakteristika

- **Størrelse:** Udbetaling Danmark har ca. 1.200 medarbejdere og udbetaler årligt ydelser for ca. 250 mia. kr. til ca. 2,4 mio. borgere.
- **Organisering:** Udbetaling Danmark er etableret som en selvejende institution under ATP.
- **Fokus:** Udbetaling af velfærdsydelser på vegne af stat og kommuner, fx folkepension og boligstøtte.
- **Tidshorisont:** Etableret i 2012. Har løbende fået overdraget nye opgaveområder fra kommuner og stat.

Baggrund og kontekst

- Beslutningen om at etablere Udbetaling Danmark blev truffet med et klart fokus på at opnå stordriftsfordele ved at samle administrative årsværk beskæftiget med ydelsesudbetaling på tværs af landets 98 kommuner.
- Selve etableringen blev af Rigsrevisionen betegnet som et højrisikoprojekt pga. antallet af berørte medarbejdere og kravet om ubrudt sikker drift ift. udbetaling af ydelser.
- Fokus efter etableringen var først på gevinstrealisering ift. den aftalte administrative besparelse på 300 mio. kr.
- Derefter har fokus været på konsolidering, fortsat effektivisering og overtagelse af nye opgaveområder.



Digitaliseringsrejse

- Det var et krav til Udbetaling Danmark ifm. etableringen, at de eksisterende udbetalingssystemer, man overtog fra kommunerne, skulle konkurrenceudsættes. Dette blev gennemført i regi af KUP-programmet i perioden 2013-2021.
- Udbetaling Danmark har endvidere arbejdet målrettet med digitalisering af både borgervendte services, hvor der med afsæt i brugerrejser er anvendt talesyntese, RPA-automatisering og en række andre teknologier med henblik på at opnå øget automatisering.
- Tilsvarende er der med etablering af Den Fælles Dataenhed og brug af registersamkøring og beslutningsstøttesystemer baseret på dataanalyse og maskinlæring arbejdet med at udvikle mere effektive kontroller af udbetalingerne.

Udbetaling Danmark (2/2)

Udbetaling Danmark har gjort en række væsentlige erfaringer i relation til organisering og styring af data og digitalisering

Udbetaling Danmarks nøgleerfaringer omfatter:

- Muligheden for at kunne arbejde samlet med både forretningsmæssig og digital udvikling af opgaveløsningen er afgørende for at kunne levere gode og mere effektive serviceoplevelser til brugerne.

Udbetaling Danmark – nøgleerfaringer, læringer og centrale observationer

Nøgleerfaringer og læringer

Strategi

- Der har ifm. etableringen været fokus på at sikre rette bestillerrepræsentation fra både kommunal og statslig side samtidig med, at opgaveudførelsen blev overflyttet helt til ATP.
- Rette opgavesnit mellem kommuner og UDK ift. håndtering af de overflyttede opgaver har vist sig helt centralt. De steder, hvor snittet ikke har været "rent", har det vist sig sværere at drive opgaveløsningen og udvikle den løbende end de steder, hvor UDK har fået fuldt ansvar.

Data

- Data spiller en helt afgørende rolle i UDK's arbejde med at forbedre brugerrejserne og effektivisere ydelsesudbetalingerne.
- UDK har investeret særskilt i dette område og har opbygget betydelige kompetencer inden for udvikling af digitale servicekoncepter og brugerrejser, regelforenkling og objektiv sagsbehandling, dataanalyse, RPA og maskinlæring/AI m.m.

Systemer

- Konkurrenceudsættelse af den oprindelige portefølje af ydelsesudbetalingsystemer har taget seks-otte år at forberede og gennemføre, og der har været tale om et program med en høj grad af teknisk og juridisk kompleksitet og med betydelige risici.
- Selvom programmet har været succesfuldt, er det også en erfaring, at kompleksitet og tidshorisont i den gennemførte konkurrenceudsættelse betyder, at der også fremadrettet vil være leverandørafhængighed.

Basis-it

- -

Centrale observationer

Organisering

- Etablering af Udbetaling Danmark med "løs kobling" til det politiske system og tydeligt og samlet ansvar for en række veldefinerede opgaver har givet en række frihedsgrader til at arbejde med effektivisering og digital udvikling af opgaveløsningen.

Styring

- Konkurrenceudsættelsen af den oprindelige systemportefølje har vist, at det er muligt at konsolidere og nedbringe omkostningsniveauet på en række komplekse it-systemer, men også at kompleksiteten i sig selv må forventes at afføde en fortsat leverandørafhængighed.

Statens It (1/2)

Statens It er en statslig styrelse under Finansministeriet med ansvar for at levere it-drift og -services til statslige ministerier, styrelser og selvejende uddannelsesinstitutioner

Casen giver særligt erfaringer med:

- Sikring af en bæredygtig organisation ved at samle mindre enheder, der giver mulighed for at opbygge og opretholde rette kompetencer og ekspertise omkring en mere standardiseret opgaveløsning.
- Fastlæggelse af opgavesnit, der minimerer afhængigheder

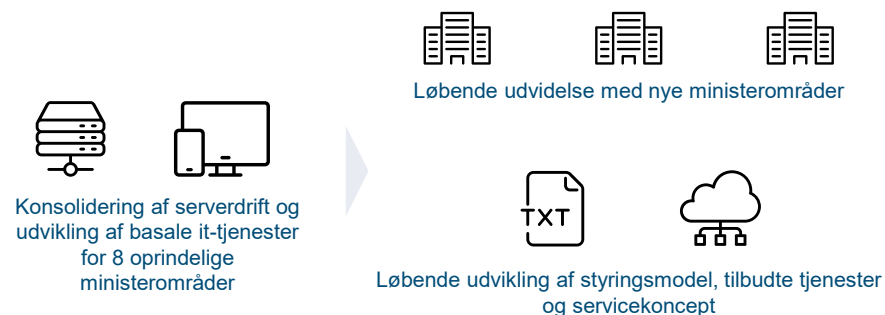
Statens It – baggrund, kontekst og digitaliseringsrejse

Nøglekarakteristika

- **Størrelse:** Har ca. 600 medarbejdere og betjener ca. 40.000 brugere på tværs af 21 ministerområder.
- **Organisering:** Styrelse under Finansministeriet med primær lokation i Ballerup og to mindre lokationer i Jylland.
- **Fokus:** Ansvar for anskaffelse, drift, vedligehold og support af basis-it (servere, klienter og devices, netværk m.m.), infrastruktur og udvalgte systemer.
- **Tidshorisont:** Etableret i 2010. Kundegrupper og opgaveportefølje udvikles løbende.

Baggrund og kontekst

- Statens It blev etableret i 2010 som led i et bredere arbejde for at effektivisere en række støttefunktioner på de enkelte ministerområder ved at samle dem i større organisatoriske enheder på tværs af staten.
- Forud for etableringen af Statens It havde flere ministerområder gennem en årrække arbejdet med at etablere egne koncern it-enheder, hvor it-funktioner fra departement og styrelser blev samlet.
- Det var otte af disse ministerielle koncern it-enheder, der i første omgang overgik til Statens It. Efterfølgende er flere ministerområder inkluderet.



Digitaliseringsrejse

- De første 3-4 år efter etableringen var det primære fokus for Statens It etablering af fælles lokation og datacenter, konsolidering af servere samt udvikling af governance-model, tjenester, fx standard medarbejder-pc og service-koncepter.
- Derefter blev der åbnet for nye ministerområder, der er kommet på i flere bølger. Governance og service-koncepter er revideret i flere omgange. Organisationen er blevet ISO-certificeret ift. bl.a. sikkerhed.
- Der er fra 2014 og frem løbende udviklet nye tjenester, fx ESDH tilbudt som SaaS-løsning, og GovCloud, der tilbyder PaaS cloud-tjenester.

Statens It (2/2)

Statens It har gjort en række væsentlige erfaringer i relation til organisering og styring af data og digitalisering

Statens Its nøgleerfaringer omfatter:

- Mulighederne for at minimere afhængigheder og definere 'rene' opgavesnit er afgørende for succesfuld opgaveløsning
- Derfor ligger hovedvægten i Statens It på at tilbyde Infrastructure-as-a-Service (IaaS), hvor det forretningsmæssige ansvar for systemer overlades fuldt til de enkelte myndigheder
- Statens It udbyder også tjenester baseret på Platform-as-a-Service (PaaS) og udvalgte løsninger som Software-as-a-Service (SaaS)

Statens It – nøgleerfaringer, læringer og centrale observationer

Nøgleerfaringer og læringer

Strategi

- Det er en væsentlig erfaring, at Statens Its opgavemæssige volumen betyder, at det er muligt at etablere bæredygtige faglige miljøer, fx omkring serverdrift, og cybersikkerhed, som de enkelte myndigheder ikke kan. Samtidig har den opgavemæssige volumen givet mulighed for fortsat konsolidering og gevinster ved stordrift.
- Organiseringen som statslig styrelse betyder, at der kan være stort politisk fokus på opgaveløsningen.

Data

- Statens It har siden 2018 drevet GovCloud, som tilbyder cloud-baserede tjenester og værktøjer til statslige myndigheder.
- Det er en central erfaring, at det kræver andre kompetencer og andre processer at understøtte myndighederne i deres brug af de cloud-baserede tjenester, Statens It stiller til rådighed, hvilket bl.a. skyldes, at myndighedernes ønske til brug har en mere udviklingsorienteret karakter og derfor stiller krav om tæt dialog og rådgivning.

Systemer

- Statens It har i forbindelse med den løbende overflytning af systemer fra de enkelte statslige myndigheder gjort den centrale erfaring, at forretningsnære applikationer med en høj grad af specialiseret viden bedst håndteres af myndighederne selv, da de har den fornødne indholdsmæssige ekspertise.
- Derfor tilbyder Statens It i dag udvalgte og meget standardiserede systemer, fx ESDH og CMS.

Basis-it

- Anskaffelse, udvikling og drift af basis-it installationer på vegne af de omfattede statslige myndigheder er hovedfokus for Statens It
- Det er en væsentlig erfaring, at der er klare afhængigheder mellem forretningsmæssige beslutninger om systemer hos de enkelte myndigheder, fx manglende håndtering af legacy-systemer, og mulighed for at konsolidere, vedligeholde og opgradere basale it-installationer.

Centrale observationer

Organisering

- Den opgavemæssige volumen er afgørende for at kunne opretholde en fagligt og ressourcemæssigt bæredygtig organisation omkring de opgaver, Statens It løser.

Styring

- Selv med klart definerede opgavesnit mellem myndigheder og Statens It er der afhængigheder på tværs af forskellige it-relaterede opgaver, som skal styres.

Life science-virksomhed (1/2)

Life science-virksomheden har udviklet deres organisering, kompetencer, arbejdsmetoder og digitale fundament for bedre at kunne arbejde med digital forretningsudvikling

Casen giver særligt erfaringer med:

- Sammenhænge mellem forretningsmæssige krav og ønsker og klargøring af det digitale fundament
- Krav og forudsætninger for at kunne arbejde målrettet og strategisk med data på tværs af en stor organisation.

Life science-virksomhed – baggrund, kontekst og digitaliseringsrejse

Nøglekarakteristika

- **Størrelse:** Virksomheden er blandt verdens 10 største life science-selskaber.
- **Organisering:** Global virksomhed med produktions- og udviklingsafdelinger i en række lande, centraliseret it og en række data- og digitaliseringsenheder.
- **Fokus:** Udvikling og salg af lægemidler og relaterede services inden for en række diagnostiske områder.
- **Tidshorisont:** Virksomhedens fokus på forretningsmæssig brug af data og digitalisering er opprioriteret betydeligt inden for de sidste 10-12 år.

Baggrund og kontekst

- Virksomheden har gennem flere årtier været globalt førende inden for udvikling af lægemidler på en række diagnostiske områder.
- Der har i hele branchen været fokus på at nedbringe omkostninger og time-to-market ifm. udviklingen af nye lægemidler, bl.a. ved brug af dataanalyse, AI og real world evidence som led i kliniske forsøg.
- Tilsvarende har der været fokus på at hæve effektiviteten af lægemidler ved at understøtte behandlingsforløb med data og digitale værktøjer rettet mod både patienter og klinikere.



Løbende udvikling af organisering, arbejdsmetoder og interne samarbejdsmodeller



Løbende modernisering af teknologisk fundament og ibrugtagning af nye teknologier

Digitaliseringsrejse

- Virksomheden har over en årrække gennemgået en udvikling fra at se it som en servicefunktion for forretningsenhederne til at se data og digitalisering som en integreret del af den samlede værdikæde fra forskning og udvikling over produktion og salg til kundesupport rettet mod både klinikere og patienter.
- Udviklingen har både omfattet modernisering af virksomhedens teknologiske fundament, ændrede styringsmodeller på tværs af forretningsenheder, nye arbejdsprocesser og metoder samt opbygning af egne kompetencer inden for analyse og brug af data samt udvikling af digitale værktøjer.

Life science-virksomhed (2/2)

Life science-virksomheden har gjort en række væsentlige erfaringer i relation til organisering og styring af data og digitalisering

Nøgleerfaringerne fra life science-virksomheden omfatter:

- Betydningen af at tydeliggøre den strategiske og forretningsmæssige værdi af digitale udviklingsinitiativer – også af mere fundamental karakter – er afgørende
- Sikring af rette fundament for at kunne arbejde strategisk med data på tværs af organisationen er tids- og ressourcerkrævende.

Life science-virksomhed – nøgleerfaringer, læringer og centrale observationer

Nøgleerfaringer og læringer

Strategi

- Det primære fokus har været på at sikre en tættere og mere sømløs kobling mellem forretningsudvikling og udvikling af data, digitalisering og underliggende it.
- Der er bl.a. anvendt ny organisering, fx adskillelse af data og digital udvikling fra udvikling og drift af underliggende it-systemer og basis-it, nye arbejdsmetoder, fx DevOps og agile, samt brug af økonomiske incitamentter til at sikre forpligtende samarbejder på tværs af enheder.

Data

- Det er en væsentlig erfaring, at etablering og vedligehold af en fælles og velfungerende datasamling på tværs af mange datakilder og forretningsenheder forudsætter, at der er en klar styringsmodel og tydelige processer for indhentning og kvalitetssikring af data – og at dette er et fortløbende arbejde af ikke ubetydeligt omfang.

Systemer

- Der er arbejdet målrettet med at sikre, at der er det nødvendige fundament for den digitale udvikling, som forretningsmæssigt efterspørges. Det har været en læring, at dette har stillet krav på både systemniveau og ift. basis-it, hvor der over en flerårig periode har været arbejdet med at tilrettelægge og implementere en cloud-strategi. Målet har været at opnå større hastighed og fleksibilitet til at understøtte nye forretningsbehov på udvalgte data- og systemområder.

Basis-it

- Det er en læring fra arbejdet med virksomhedens cloud-strategi, at det også ift. strategiske beslutninger om mere grundlæggende it-opgaver, fx cloud-baseret serverdrift, har været vigtigt at sikre en kobling til den forretningsstrategiske retning, så det har været tydeligt, hvad virksomheden ønskede at opnå ved at "gå cloud" på udvalgte områder, fx adgang til nye udviklingsværktøjer og arbejdsmetoder (se også ovenfor).

Centrale observationer

Organisering

- Organisatoriske tiltag og særligt ændrede arbejdsmetoder, der sikrer større sammenhæng mellem forretningsenheder og it-enheder har væsentlig betydning for at sikre sammenhæng mellem forretningsmæssige ambitioner og digital udvikling.

Styring

- Der er et betydeligt styringsmæssigt behov for ensartede processer og opfølgning på tværs af den samlede organisation, hvis den samlede organisation skal høste gevinster af fælles data.
- Der er væsentlige afhængigheder ned gennem de forskellige "lag" af it-opgaver, som forudsætter en vis strategisk opmærksomhed for at sikre, at virksomhedens digitale fundament kan understøtte den forretningsnære digitale udvikling.

Finanssektoren (1/2)

Finanssektoren har opbygget en samarbejdsmodel, der muliggør udvikling af fælles digitale løsninger og infrastruktur på tværs af aktørerne i den samlede sektor

Casen giver særligt erfaringer med:

- Aftalebaseret samarbejde på tværs af konkurrerende organisationer men med fælles ønsker om at etablere fælles infrastruktur til at reducere ressourceforbrug og omkostninger samt muliggøre bedre kundeoplevelser
- Tids- og planlægningshorisont for digitaliseringsinitiativer, der har afhængigheder til komplekse it-systemer.

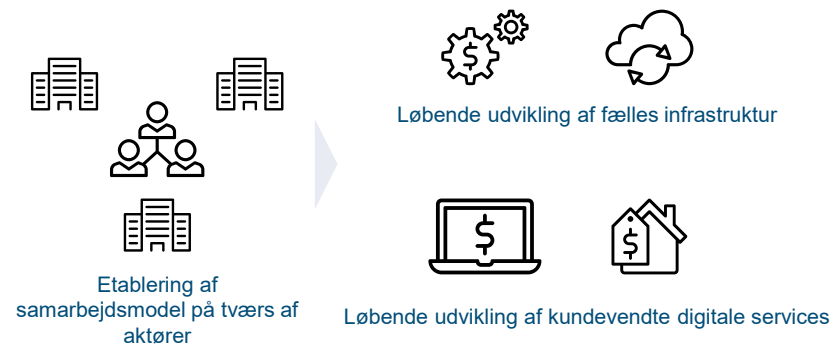
Finanssektoren – baggrund, kontekst og digitaliseringsrejse

Nøglekarakteristika

- **Størrelse:** Finanssektorens tre fællesejede datacentraler og e-nettet beskæftiger tilsammen ca. 2.500 medarbejdere.
- **Organisering:** Ny infrastruktur besluttet politisk i Finans Danmark, projektlejdes og forvaltes af e-nettet, implementeres i datacentralerne og anvendes i bankerne.
- **Fokus:** Udvikling og drift af fælles digitale løsninger og infrastruktur, der understøtter finanssektorens kerneopgaver.
- **Tidshorisont:** It har været anvendt af den danske finanssektor siden 60'erne. Sidst i 90'erne blev e-nettet etableret.

Baggrund og kontekst

- Brug af data, digitalisering og underliggende it-systemer er helt afgørende for moderne bankdrift og har været det gennem en længere årrække.
- I takt med den stadig mere omfattende digitalisering af finanssektoren har det været nødvendigt for de danske banker og sparekasser at finde samarbejdsmodeller, som gør det muligt at udvikle fælles løsninger og infrastruktur samtidig med, at digitalisering i stigende grad er blevet en konkurrenceparameter.
- Der er derfor i regi af FinansDanmark og e-nettet etableret en styringsmodel og en leveranceorganisation, som gør det muligt at udvikle og drive digitale løsninger i fællesskab.



Digitaliseringsrejse

- Banker og sparekasser etablerede allerede i 60'erne fælles edb-centraler. Der er i dag fem datacentraler – de tre fællesejede Bankdata, BEC og SDC samt Danske Banks og Nordeas egne datacentraler.
- Siden 90'erne er der udviklet en række fælles løsninger i finanssektoren mhp. at understøtte de forretningsbehov, der deles på tværs af de enkelte banker og sparekasser. Disse løsninger er skabt i regi af e-nettet og omfatter fx bankernes adgang til den digitale tinglysning og e-engagement, der understøtter elektronisk overførsel af kundeoplysninger ved bankskifte. Tilsvarende samarbejdes der nu om etablering af en ny clearing-løsning.
- Tilsvarende er der løbende blevet udviklet kundevendte digitale services. Netbanker kom til i 90'erne, NemID, mobilbanker og MobilePay i 10'erne. Senest er der i 2021 skiftet til MitID.

Finanssektoren (2/2)

Den danske finanssektor har gjort en række væsentlige erfaringer i relation til organisering og styring af data og digitalisering

Nøgleerfaringerne fra finanssektoren omfatter:

- Den aftalebaserede samarbejdsmodel med fællesfinansieret udvikling af digitale løsninger og infrastruktur, som aktørerne er enige om, fungerer godt, fordi de fælles aftaler og prioriteringer opfattes som forpligtende.

Finanssektoren – nøgleerfaringer, læringer og centrale observationer

Nøgleerfaringer og læringer

Strategi

- Det er en central læring fra de fælles digitaliseringsinitiativer i finanssektoren, at der er betydelige afhængigheder til de forretningskritiske kernesystemer, og at alle fælles programmer derfor bliver nødt til at operere med en forholdsvis lang tidshorizont for implementering af ændringer, typisk minimum 18-14 måneder.
- Der anvendes en aftalebaseret model mellem de involverede aktører, og indgåede aftaler opleves som reelt forpligtende og efterleves.

Data

- Standardisering af dataformater, transaktioner, processer og kontroller m.m. er en central forudsætning for etableringen af fælles digitale løsninger i finanssektoren.
- En væsentlig del af standardiseringsarbejdet i finanssektoren er fællesnordisk, fælleseuropæisk og internationalt. Dette kan have væsentlig betydning for planlægning og tidshorizont ifm. udvikling af lokale digitale løsninger pga. internationale afhængigheder.

Systemer

- Banker og sparekassers centrale forretningssystemer udvikles og drives af de fem datacentraler på området.
- Flere banker har arbejdet med forskellige strategier for at sikre større fleksibilitet og udviklingshastighed på områder, de vurderer er forretningskritiske.
- Disse strategier har bl.a. omfattet modularisering af it-understøttelsen vha. standardsystemer samt bi-modal organisering af it-udviklingen.

Basis-it

- -

Centrale observationer

Organisering

- Det er muligt at etablere samarbejdsmodeller i et relativt komplekst organisatorisk landskab med mange, forskelligartede aktører, der er i indbyrdes konkurrence.

Styring

- Det er muligt at indgå i aftalebaserede forpligtende samarbejder, hvis de involverede aktører kan se en fælles interesse, og der gives en planlægningshorizont, som gør det muligt at overholde indgåede aftaler.

Kaiser Permanente (1/2)

Kaiser Permanente har over en længere årrække arbejdet med konsolidering af deres centrale systemlandskab som fundament for at kunne levere integrerede sundhedsydelser på tværs af praksislæger, hospitaler, pleje og forebyggende tilbud

Casen giver særligt erfaringer med:

- Omfang af konsolideringsopgaver i relation til centrale it-systemer
- Betydning af entydig ledelsesmæssig forankring og opbakning
- Udfordringer med at udvikle patient- og klinikrettede værktøjer og services ift. data.

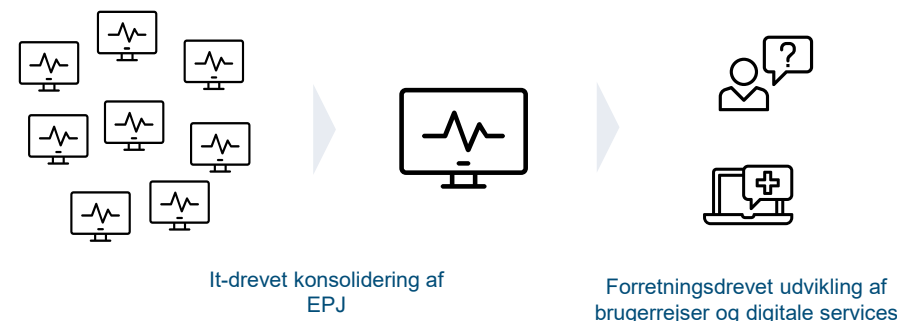
Kaiser Permanente – baggrund, kontekst og digitaliseringsrejse

Nøglekarakteristika

- **Størrelse:** Kaiser Permanente (KP) har ansvar for i alt ca. 12 mio. forsikrede (borgere/patienter).
- **Organisering:** 40 hospitaler, 618 lægepraksisser og ambulante klinikker fordelt på otte regioner.
- **Fokus:** Initial konsolidering af EPJ efterfulgt af fokus på udvikling af patientrettede services og bedre udnyttelse af data.
- **Tidshorisont:** Digitaliseringsindsats igangsæt i 2004 og stadig igangværende.

Baggrund og kontekst

- KP er organiseret i otte geografiske områder, der har det samlede ansvar for finansiering og levering af sundhedsydelser på tværs af primær, sekundær og pleje.
- KP er opdelt i tre primære organisatoriske enheder med 1) hospitaler, 2) sundhedsforsikring og 3) administration/afregning.
- Kaiser Permanente har gennem de seneste 10-12 år arbejdet ud fra en integreret model for sundhed med fokus på i videst muligt omfang at forebygge frem for at behandle.



Digitaliseringsrejse

- KP påbegyndte i 2004 en konsolidering fra otte forskellige patientjournalssystemer (ét system i hver region) til ét samlet system.
- Konsolideringen tog seks-otte år med et samlet budget på ca. 30 mia. kr. og foregik i flere separate faser med fokus på hhv. understøttelse af kliniske processer og understøttelse af patientadministration/forsikring og afregning.
- Efter konsolideringen af EPJ har KP haft fokus på udvikling af patientrettede services og bedre udnyttelse af data.
- Dette arbejde har i højere grad været drevet af forretningen/klinikken, men har vist sig svært bl.a. pga. manglende forankring i klinikken og flere skift i teknologistrategi drevet af 1) at finde rette platform og 2) omkostninger.

Kaiser Permanente (2/2)

Kaiser Permanent har gjort en række væsentlige erfaringer i relation til organisering og styring af data og digitalisering

Kaiser Permanentes nøgleerfaringer omfatter:

- Stor risiko for, at konsolidering af it-systemer fastholder ejerskabet og ansvar for digitalisering i it-afdelingen
- Fokus på oplevet værdi for brugeren og design af gode brugerrejser har fungeret som afsæt for at sikre større forretningsmæssigt fokus og sundhedsfagligt ejerskab til at drive den digitale udvikling.

Kaiser Permanente – nøgleerfaringer, læringer og centrale observationer

Nøgleerfaringer og læringer

Strategi

- Solid forankring og tydeligt ejerskab hos KP's CEO og CIO har været helt afgørende for en samlet digitaliseringsrejse.
- Det har historisk været svært at etablere den rette forankring i klinikken. Mange digitaliserings tiltag har været drevet mere af it end af klinikken.
- Ny styringsmodel med entydigt ansvar for digitalisering placeret hos en ledelsesduo bestående af én ledende kliniker og CIO med reference til CEO har skabt større klarhed end tidligere setup med mange fora.

Data

- Ambitionen om at arbejde mere aktivt med data har vist sig svær at opfylde, især pga. manglende forankring og ejerskab i klinikken og for stor rolle til it.
- Forretningsdrevet tilgang med patienten i centrum og fokus på otte centrale kundeoplevelser har bidraget til at sikre større ejerskab og fokus.
- Det har været svært at opbygge den rette platform for data. Flere strategiske skift i teknologistrategi (både suite-løsning og selvstændig dataplatform).

Systemer

- Konsolidering af EPJ fra otte til ét fælles har været meget kompleks og tidskrævende. Forsat en stor portefølje af andre kliniske systemer.
- Konsolidering er sket i flere faser med fokus på 1) understøttelse af klinik og 2) administration/afregning (adskilt i separate organisatoriske enheder).
- To tidligere forsøg på konsolidering med andre EPJ-leverandører er slået fejl. Betydelig klinisk modstand har krævet tydelig ledelse.

Basis-it

- Tilgang til basis-it har været drevet af systemmæssig konsolidering.

Centrale observationer

Organisering

- Forskelle i sundhedsfaglige arbejdsprocesser og kultur på tværs af regionale/organisatoriske enheder har haft væsentlig betydning for konsolidering af EPJ, særligt ift. implementeringsindsatsen.

Styring

- Oprydning i governance med entydig placering af ansvar hos ledelsestandem bestående af én klinisk repræsentant og CIO har gjort det lettere at træffe beslutninger.
- Fortsatte udfordringer med at sikre rette inddragelse af klinik i udviklingsprojekter, der i deres essens er udvikling af den sundhedsfaglige kerneopgave, men i organisationen bliver set/håndteret som it-udvikling.

Estland (1/2)

Estland har etableret én samlet platform til opsamling og deling af data på tværs af aktørerne i sundhedsvæsenet

Casen giver særligt erfaringer med:

- Betydningen af politisk opbakning og brug af lovgivning som redskaber til at sikre fælles retning
- Fordelene ved at kunne starte forfra, fordi der kun i meget begrænset omfang var kørende it-systemer.

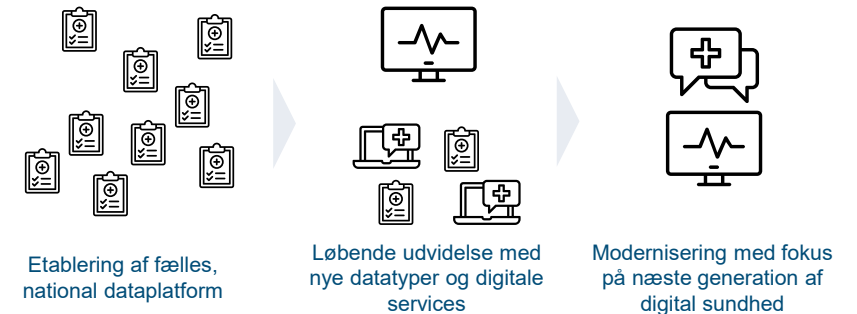
Estland – baggrund, kontekst og digitaliseringsrejse

Nøglekarakteristika

- **Størrelse:** Estland har 1,3 millioner indbyggere, hvis sundhedsdata deles via den fælles nationale platform ENHIS.
- **Organisering:** ENHIS udvikles og drives af TEHIK, der har 200 medarbejdere og fungerer som it-organisation for de offentlige myndigheder inden for sundhed, social og arbejdsmarked.
- **Fokus:** Opsamling og deling af data.
- **Tidshorisont:** Arbejdet med digitalisering af det estiske sundhedsvæsen har pågået siden 2005.

Baggrund og kontekst

- Efter etableringen af Estland som selvstændig stat kom der i slutningen af 90'erne og starten af 00'erne voksende politisk fokus på, at der manglede sammenhæng og mulighed for at dele sundhedsoplysninger på tværs af aktørerne i det estiske sundhedsvæsen.
- Som del af Estlands generelle satsning på digitalisering blev der i 2005 etableret en specifik fond, der havde til formål at udvikle en samlet digital understøttelse af det estiske sundhedsvæsen.
- I 2017 etablerede den estiske regering TEHIK som ny myndighed med samlet ansvar for digitalisering på sundheds- og socialområdet.



Digitaliseringsrejse

- I perioden 2005-8 udviklede Estland en samlet platform, ENHIS (Estonian National Health Information System), til opsamling og deling af centrale sundhedsoplysninger på tværs af aktører i sundhedsvæsenet.
- ENHIS gik live i 2008 og er i de efterfølgende år blevet udvidet med nye services og flere typer af data, så den i dag bl.a. omfatter journaloplysninger, recepter, billeddiagnostisk materiale og andre prøvesvar.
- Det er et krav, at sundhedsaktører afleverer data til ENHIS, så borgere og andre sundhedsfaglige kan tilgå dem.
- I 2021 påbegyndte Estland udviklingen af et nyt sæt af digitale løsninger, upTIS, fordi ENHIS ikke længere lever op til de politiske krav og ønsker om videre udvikling af digitale sundhedstilbud i Estland.

Estland (2/2)

Estland har gjort en række væsentlige erfaringer i relation til organisering og styring af data og digitalisering

Nøgleerfaringerne fra Estland omfatter:

- Det entydige politiske fokus på etablering af én fælles, national platform til opsamling af data har været en væsentlig årsag til succes
- Digitalisering af andre dele af sundhedsvæsnets har ikke haft samme fokus.

Estland – nøgleerfaringer, læringer og centrale observationer

Nøgleerfaringer og læringer

Strategi

- Det har været helt afgørende for etableringen af en samlet platform, at der har været tydelig politisk vilje bag initiativet, dels ved at anvende lovgivning til at stille krav til sundhedsaktører, dels ved at lade det indgå i en bredere politisk satsning på digitalisering af samfundet.
- Samtidig har der været et væsentligt fokus på at sikre opbakning fra befolkningen, sætte ind over for bekymringer, fx ift. datasikkerhed, og hjælpe borgere med svage digitale kompetencer.

Data

- Der har været et betydeligt fokus på at sikre ensartede data og fælles standarder ifm. aflevering af data til den nuværende fælles platform.
- Dette er et fortsat arbejde, hvor dokumentationspraksis, klassifikationssystemer og modeller til indsamling og håndtering af data er centrale elementer i det igangværende moderniseringsprogram.
- Samtidig er der lagt op til gennemgang og revision af lovgivningen mhp. at gøre fremadrettede digitaliseringsinitiativer lettere.

Systemer

- I det igangværende moderniseringsprogram er der fokus på at udvikle nye løsninger, som gør det lettere for sundhedsfaglige at få de rette oplysninger i mødet med en patient. Lokale kliniske arbejdsgange er i vid udstrækning ikke understøttet digitalt med de nuværende løsninger.
- Der er fokus på, at udviklingen af en ny teknisk platform sker med afsæt i principper og modeller for dataudveksling, der gør det lettere for sundhedsaktører at udvikle egne lokale løsninger.

Basis-it

- -

Centrale observationer

Organisering

- AI national og fælles digitalisering på tværs af sundhed, social og beskæftigelse er samlet i én organisation.
- Der har ikke været samme fokus på den decentrale del af sundhedsvæsnets, hvor mange processer fortsat ikke er fuldt digitaliseret.

Styring

- Tydelig politisk opbakning og brug af lovgivning til at stille krav har gjort det muligt at sikre tilkobling af alle aktører i sundhedsvæsnets til den fælles løsning.
- Datastandardisering er en fortløbende indsats, der bl.a. omfatter løbende lovrevision.

Finland (1/2)

Finland har etableret en national dataplatform og en reformdrevet digitalisering, hvor 24 regionale klynger har samlet ansvar for sundhedsopgaver samt data, digitalisering og basis-it

Casen giver særligt erfaringer med:

- Konsolidering af it-systemer på tværs af sundhedsaktører
- Etablering af fælles national dataplatform for social- og sundhedsdata til både primær og sekundær anvendelse
- Data- og digital understøttelse af sammenhængende sundhedstilbud.

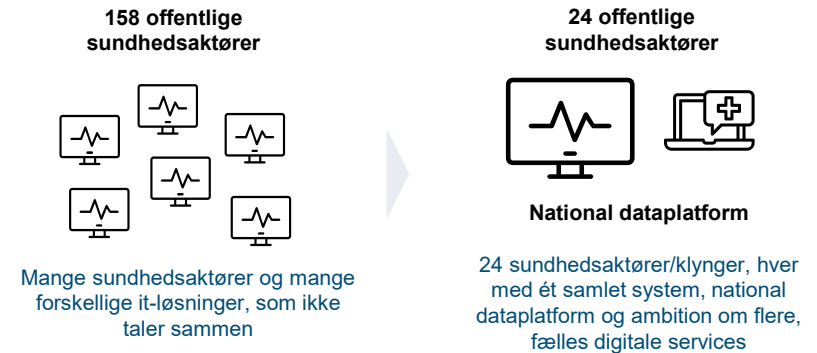
Finland – baggrund, kontekst og digitaliseringsrejse

Nøglekarakteristika

- **Størrelse:** 5,6 millioner indbyggere.
- **Organisering:** I forbindelse med Finlands sundhedsreform, som trådte i kraft 1/1-2023, er der nu 24 sundhedsaktører/klynger med samlet ansvar for sundhed, sociale velfærdsydelser samt redningstjenester.
- **Fokus:** Konsolidering af it-systemer på tværs af sundhedsaktører og etablering af fælles national dataplatform for social- og sundhedsdata.
- **Tidshorisont:** Digitaliseringsindsats igangsæt i 1990'erne og stadig igangværende.

Baggrund og kontekst

- Indtil Finlands historiske sundheds- og socialreform trådte i kraft primo 2023, bestod det offentlige sundhedsvæsen af 21 hospitalsdistrikter og 137 kommunale sundhedscentre.
- Fra 1/1-2023 blev det primære og sekundære sundhedsvæsen samlet i 24 regionale klynger.
- Alle klynger har fået til opgave at vælge ét samlet journalsystem. 10/24 klynger har pt. samlede systemer til primær og sekundær sundhed, imens 7/24 klynger har fælles systemer til at understøtte både sociale velfærdsydelser og sundhed.



Digitaliseringsrejse

- Finland begyndte sin digitaliseringsrejse på sundhedsområdet i 1990'erne med anvendelse og udbredelse af elektroniske patientjournaler.
- I 2010 etablerede Finland en national dataplatform under navnet Kanta til opsamling og udstilling af social- og sundhedsdata. Med platformen fulgte nationale krav til standarder for dataudveksling og integration til Kanta via certificeringsprogrammer for it-leverandører. I dag anvendes platformen både til primær og sekundær dataanvendelse.
- Siden 2011 har Finland haft fokus på konsolidering af patient- og omsorgsjournaler. Med reformen fra 2023 skal alle 24 klynger vælge ét primært patientsystem hvilket vil drive en samlet konsolidering med en række større forandringsprojekter.

Finland (2/2)

Finland har gjort en række væsentlige erfaringer i relation til organisering og styring af data og digitalisering

Finlands nøgleerfaringer omfatter:

- Klynger, som startede tidligt med at konsolidere mod ét fælles patientjournalssystem, tilbyder i dag flere digitale services sammenlignet med klynger, der fortsat anvender flere forskellige it-løsninger
- Ny organisering med større enheder samler ressourcer og kompetencer, men der ses stadigvæk udfordringer med knaphed grundet store konsolideringsprojekter og konkurrencen om it-talenter.

Finland – nøgleerfaringer, læringer og centrale observationer

Nøgleerfaringer og læringer

Strategi

- Fortsat fokus på konsolidering mhp. øget standardisering og harmonisering af systemanvendelsen for at skabe bedre grundlag for effektive arbejdsprocesser og dataudveksling.
- Strategisk fokus på at nedlægge sundhedscentre og tilbyde digitale services og behandling i eget hjem med øget brug af chat- og videoservices, digitale patientforløb og onlineprogrammer til mentalt helbred, overvægt, kroniske sygdomme, genoptræning etc.

Data

- Nationale krav til leverandørernes it-udvikling har betydet, at Kanta spejler data fra de operationelle patient- og omsorgsjournaler med fuldstændig duplikation – fx patientdata, recepter og medicinoplysninger.
- Fra 2019 har der været lovhjemmel til at bruge data i Kanta til sekundær anvendelse til fx forskning, innovation og kvalitetsudvikling. Der ses dog fortsat barrierer for anvendelse, bl.a. som følge af omstændige ansøgningsprocesser og høje krav om dokumentation og sikkerhed.

Systemer

- Den fortsatte konsolidering vil sandsynligvis reducere antallet af produkter i markedet, men der vil fortsat være fem-otte leverandører, hvilket forventes at give en sund konkurrencesituation og minimere risiko for afhængighed til én leverandør.
- Udfordringer ifm. manglende standardisering og uddannelse i brug af systemer har understreget vigtigheden af at prioritere uddannelse og organisatorisk implementering af digitale løsninger.

Basis-it

- De 24 sundhedsaktører/klynger har hver især ansvar for egen basis-it, hvilket også vil drive en konsolideringsopgave og ensretning af det digitale fundament.

Centrale observationer

Organisering

- De klynger, som har været tidlige til at konsolidere patientjournaler, har en dokumenteret højere digital modenhed, som bl.a. kommer til udtryk i mere effektive "back office"-processer samt flere digitale services som fx onlinemøder, bookingsystemer og løsninger til patientrapporterede oplysninger.
- På trods af samlede ressourcer og kompetencer er der væsentlige udfordringer med at fastholde specialistkompetencer, især som følge af konkurrencen fra den private sektor.

Styring

- Konsolidering afføder store projekter, som kræver projektstyring og transformationsledelse. Projekterne er tidskrævende og kræver et særligt fokus på standardisering og uddannelse af brugere - ikke mindst i lyset af konsolideringen med socialområdet, hvor datakvalitet og registreringspraksis har en høj grad af variation.



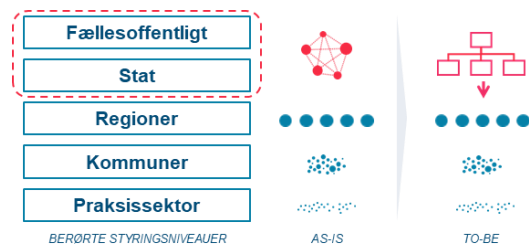
Uddybende
beskrivelse af
modeller



Model 1: Én samlet organisering og styring af den fællesoffentlige digitalisering

Model 1 er her uddybende beskrevet ift. organisering og styring af de fire it-opgavetyper fra analysens forståelsesramme (strategi, data, systemer og basis-it)

- Modellen skal sikre strategisk retning og bedre udnyttelse af kapaciteten til eksekvering i den fællesoffentlige digitaliseringsindsats.
- Konsolidering af fællesoffentlig digitalisering i én samlet organisation.



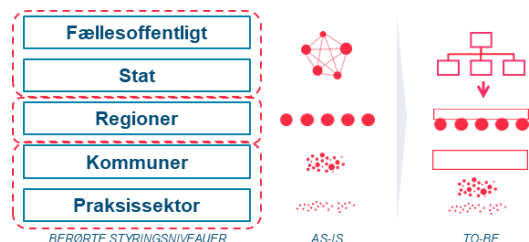
Model 1: Én samlet organisering og styring af den fællesoffentlige digitalisering

	It-organisering	It-styring
Strategi	<ul style="list-style-type: none"> • Opgaver vedr. overordnet national og fællesoffentlig strategi, retning og rammer for data og digitalisering, herunder arkitektur og valg af standarder, samles i én statslig organisation. • Evt. kan udvalgte strategiske opgaver fra øvrige styringsniveauer, fx ift. standardisering, i regi af PLO, Danske Regioner og KL/KOMBIT, medtages. • Opgaver vedr. lokal konkretisering og udmøntning af nationale og fællesoffentlige beslutninger vil fortsat være placeret i de enkelte regioner og kommuner samt i praksissektoren. 	<ul style="list-style-type: none"> • Der gives et tydeligt mandat til, at den nyetablerede statslige organisation kan håndhæve nationale og fællesoffentlige beslutninger, fx via lovhjemmel og/eller bindende finansieringsmodeller, og dermed rammestyre data og digitalisering i regioner, kommuner og praksissektor med tæt kobling til nationale sundhedsfaglige mål. • Fælles beslutninger, fx national strategi og planer for udbredelse, kan evt. forankres i national bestyrelse med partsrepræsentation og gøres aftalebaserede, hvis aftaler reelt er forpligtende for de enkelte parter.
Data	<ul style="list-style-type: none"> • Opgaver vedr. udvikling og drift af fællesoffentlige løsninger og infrastruktur til deling og udstilling af data, fx i regi af SDS, MedCom og Sundhed.dk, samles i én fællesoffentlig organisation, fx som et offentligt ejet selskab, der evt. kan organiseres med flere enheder, fx omkring funktioner/kompetencecentre. • Evt. kan nationale og øvrige landsdækkende registre i regi af SDS, RKKP, KIAP m.fl. medtages. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prioritering, budget, indkøb og leverandørstyring ift. fællesoffentlige løsninger, fx borgervendte apps, og infrastruktur til deling og udstilling af data samles i én fælles beslutningsstruktur med ophæng til nationalt niveau. • Prioritering, budget, indkøb og leverandørstyring ift. lokale løsninger, fx borgervendte og klinisknære apps, vil fortsat være placeret i de enkelte regioner og kommuner samt i praksissektoren, der skal agere inden for fælles, national rammesætning og sikre tæt kobling til lokal sundhedsfaglig beslutningsstruktur..
Systemer	<ul style="list-style-type: none"> • Opgaver vedr. udvikling og drift af fag- og forretningssystemer i den operationelle del af sundhedsvæsnen vil fortsat være placeret i de enkelte regioner og kommuner samt i praksissektoren. • Evt. kan opgaver vedr. udvikling og drift af statslige systemer placeret i de øvrige fagstyrelser under ISM medtages i den fællesoffentlige organisation (jf. ovenstående punkt under data), hvis de har tilstrækkelig fællesoffentlig relevans. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prioritering, budget, indkøb og leverandørstyring ift. fag- og forretningssystemer i den operationelle del af sundhedsvæsnen, fx EOJ, EPJ og lægepraksissystemer, vil fortsat være placeret i de enkelte regioner og kommuner samt i praksissektoren, der skal agere inden for fælles, national rammesætning og sikre tæt kobling til lokal sundhedsfaglig beslutningsstruktur.
Basis-it	<ul style="list-style-type: none"> • Ikke berørt i nærværende model. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ikke berørt i nærværende model.

Model 2: Tre lagdelte organisationer på tværs af landet

Model 2 er her uddybende beskrevet ift. organisering og styring af de fire it-opgavetyper fra analysens forståelsesramme (strategi, data, systemer og basis-it)

- Modellen skal sikre strategisk retning og større kapacitet til eksekvering via specialisering og opbygning af kompetencer inden for hvert hovedområde (det nære, det specialiserede og det fællesoffentlige).
- Lagdelt konsolidering med tre organisationer.



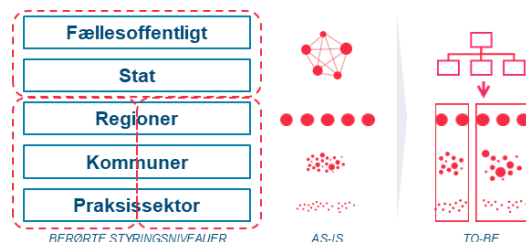
Model 2: Tre lagdelte organisationer på tværs af landet

	It-organisering	It-styring
Strategi	<ul style="list-style-type: none"> • Nationale og fællesoffentlige opgaver følger model 1. • Opgaver vedr. konkretisering og udmøntning af nationale og fællesoffentlige beslutninger i kommuner og praksissektor (det nære) samles i én fællesoffentlig organisation, fx et offentligt ejet selskab. • Opgaver vedr. konkretisering og udmøntning af nationale og fællesoffentlige beslutninger i regionerne (det specialiserede) samles i én fællesregional organisation, fx et offentligt ejet selskab. 	<ul style="list-style-type: none"> • National og fællesoffentlig beslutningsstruktur følger model 1. • Ansvar for konkretisering og udmøntning af nationale og fællesoffentlige beslutninger samt kobling til lokale sundhedsfaglige beslutningsstrukturer placeres på styregruppe-/bestyrelsesniveau for hver af de to lagdelte organisationer og hver især med repræsentation fra den samlede ejerkreds (regioner hhv. kommuner og praksissektor).
Data	<ul style="list-style-type: none"> • Nationale og fællesoffentlige opgaver følger model 1. • Opgaver vedr. udvikling, drift og implementeringsstøtte ift. alle lokale løsninger til deling og udstilling af data samles i to lagdelte operationelle organisationer (jf. ovenfor). • Inden for rammerne af de to lagdelte organisationer kan der med fordel arbejdes med funktional specialisering, kompetencecentre og rejsehold samt for det regionale niveau med etablering af decentrale enheder på flere geografiske lokationer, fx knyttet til klyngestrukturen. 	<ul style="list-style-type: none"> • National og fællesoffentlig beslutningsstruktur følger model 1. • Prioritering, budget, indkøb og leverandørstyring ift. lokale løsninger til deling og udstilling af data, fx borgervendte og kliniknære apps, samles i to beslutningsstrukturer for regioner hhv. kommuner/praksissektor i regi af hver af de to operationelle organisationer, der skal agere inden for fælles, national rammesætning. • Der er i hver af de to operationelle organisationer behov for – inden for de rammer, der er givet nationalt – at sikre kobling til lokale sundhedsfaglige beslutningsstrukturer mhp. at kunne understøtte sundhedsfaglige behov og udvikle rette digitale løsninger.
Systemer	<ul style="list-style-type: none"> • Nationale og fællesoffentlige opgaver følger model 1. • Opgaver vedr. udvikling, drift og implementeringsstøtte ift. fag- og forretningssystemer i regioner, kommuner og praksissektor placeres i samme organisation som opgaver vedr. data. • Der er samme behov for nærhed og kobling til den sundhedsfaglige opgaveløsning som for opgaver vedr. data. 	<ul style="list-style-type: none"> • National og fællesoffentlig beslutningsstruktur følger model 1. • Prioritering, budget, indkøb og leverandørstyring ift. fag- og forretningssystemer i kommuner og praksissektor, fx EOJ og lægepraksissystemer, samles i én beslutningsstruktur, der skal agere inden for fælles, national rammesætning. • Prioritering, budget, indkøb og leverandørstyring ift. de regionale fag- og forretningssystemer, fx EPJ, samles i én beslutningsstruktur, der skal agere inden for fælles, national rammesætning.
Basis-it	<ul style="list-style-type: none"> • Opgaver vedr. basis-it i regioner, kommuner og praksissektor placeres i samme organisationer som opgaver vedr. fag- og forretningssystemer samt data. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prioritering, budget, indkøb og leverandørstyring ift. basis-it i den operationelle del af sundhedsvæsenet placeres i samme beslutningsstrukturer som beslutninger vedr. fag- og forretningssystemer samt data.

Model 3: To-fem geografisk opdelte organisationer med national overbygning

Model 3 er her uddybende beskrevet ift. organisering og styring af de fire it-opgavetyper fra analysens forståelsesramme (strategi, data, systemer og basis-it)

- Modellen skal sikre en digitalt sammenhængende patientrejse ved at samle organisering og styring på tværs af regioner, kommuner og praksissektor.
- To-fem geografisk opdelte operationelle organisationer samt en fælles, national organisation.



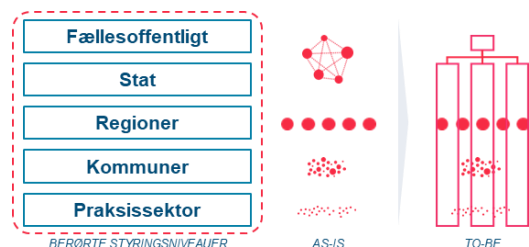
Model 3: To-fem geografisk opdelte organisationer med national overbygning

	It-organisering	It-styring
Strategi	<ul style="list-style-type: none"> • Nationale og fællesoffentlige opgaver følger model 1. • Opgaver vedr. konkretisering og udmøntning af nationale og fællesoffentlige beslutninger vedr. data og digitalisering i regioner, kommuner og praksissektor samles i to-fem geografisk opdelte organisationer, fx offentligt ejede selskaber. 	<ul style="list-style-type: none"> • National og fællesoffentlig beslutningsstruktur følger model 1. • Ansvar for konkretisering og udmøntning af nationale og fællesoffentlige beslutninger samt kobling til lokale sundhedsfaglige beslutningsstrukturer placeres på styregruppe-/bestyrelsesniveau for hver af de to-fem geografisk opdelte organisationer og hver især med repræsentation fra den samlede ejerkreds (regioner, kommuner og praksissektor).
Data	<ul style="list-style-type: none"> • Nationale og fællesoffentlige opgaver følger model 1. • Opgaver vedr. udvikling, drift og implementeringsstøtte ift. alle lokale løsninger til deling og udstilling af data samles i to-fem geografisk opdelte organisationer, fx offentligt ejede selskaber (jf. ovenfor). • Inden for rammerne af de to-fem organisationer kan der med fordel arbejdes med funktionel specialisering, kompetencecentre og rejsehold samt med etablering af decentrale enheder på flere geografiske lokationer, fx knyttet til klyngestrukturen. 	<ul style="list-style-type: none"> • National og fællesoffentlig beslutningsstruktur følger model 1. • Prioritering, budget, indkøb og leverandørstyring ift. alle lokale løsninger til deling og udstilling af data, fx borgervendte og kliniknære apps, samles i to-fem parallelle beslutningsstrukturer i regi af hver af de to-fem nye operationelle organisationer, der skal agere inden for fælles, national rammesætning. • Der er i hver af de to-fem operationelle organisationer behov for – inden for de rammer, der er givet nationalt – at sikre kobling til lokale sundhedsfaglige beslutningsstrukturer mhp. at kunne understøtte sundhedsfaglige behov og udvikle rette digitale løsninger.
Systemer	<ul style="list-style-type: none"> • Nationale og fællesoffentlige opgaver følger model 1. • Opgaver vedr. udvikling, drift og implementeringsstøtte ift. fag- og forretningssystemer i regioner, kommuner og praksissektor placeres i samme organisation som opgaver vedr. data. • Der er samme behov for nærhed og kobling til den sundhedsfaglige opgaveløsning som for opgaver vedr. data. 	<ul style="list-style-type: none"> • National og fællesoffentlig beslutningsstruktur følger model 1. • Prioritering, budget, indkøb og leverandørstyring ift. fag- og forretningssystemer i regioner, kommuner og praksissektor flyttes til samme beslutningsstrukturer som beslutninger vedr. data. • Behov for tæt sundhedsfaglig kobling i hver af de to-fem nye beslutningsstrukturer gælder også for opgaver vedr. systemer.
Basis-it	<ul style="list-style-type: none"> • Opgaver vedr. basis-it i regioner, kommuner og praksissektor placeres i samme organisationer som opgaver vedr. fag- og forretningssystemer samt data. • Opgaver vedr. basis-it kan med fordel konsolideres og drives samlet for hver af de to-fem operationelle organisationer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prioritering, budget, indkøb og leverandørstyring ift. basis-it i den operationelle del af sundhedsvæsenet placeres i samme beslutningsstrukturer som beslutninger vedr. fag- og forretningssystemer samt data.

Model 4: Én samlet digitaliseringsorganisation for hele sundhedsvæsenet

Model 4 er her uddybende beskrevet ift. organisering og styring af de fire it-opgavetyper fra analysens forståelsesramme (strategi, data, systemer og basis-it)

- Modellen skal sikre bedre sammenhæng mellem strategisk retning og operationel eksekvering på tværs af hele sundhedsvæsenet.
- Én samlet organisering af data- og digitaliseringsopgaver.



Model 4: Én samlet digitaliseringsorganisation for hele sundhedsvæsenet

	It-organisering	It-styring
Strategi	<ul style="list-style-type: none"> • Opgaver vedr. overordnet strategi, retning og rammer for data og digitalisering på tværs af hele sundhedsvæsenet, herunder arkitektur og valg af standarder, samles i én statslig organisation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Der gives et tydeligt mandat til den nyetablerede statslige organisation ift. at sætte samlet retning for data og digitalisering for hele sundhedsvæsenet samt et ansvar for at sikre tæt kobling til den nationale sundhedspolitiske retning og sundhedsfaglige mål. • Fælles beslutninger, fx national strategi og planer for udbredelse, kan evt. forankres i national bestyrelse med partsrepræsentation og gøres aftalebaserede, hvis aftaler reelt er forpligtende for de enkelte parter.
Data	<ul style="list-style-type: none"> • Opgaver vedr. udvikling, drift og implementeringsstøtte ift. alle løsninger, registre og infrastruktur til deling og udstilling af data i sundhedsvæsenet samles i én national eller fællesoffentlig organisation, fx et offentligt ejet selskab. • Inden for rammerne af den operationelle organisation kan der med fordel arbejdes med funktionel specialisering, kompetencecentre og rejsehold samt med etablering af decentrale enheder på flere geografiske lokationer, fx med afsæt i de nuværende regionale koncern--t-enheder eller knyttet til klyngestrukturen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prioritering, budget, indkøb og leverandørstyring ift. alle løsninger og infrastruktur til deling og udstilling af data, fx borgervendte og kliniknære apps, samles i én beslutningsstruktur i regi af den nye operationelle organisation og med ophæng til nationalt niveau. • Der er i den nye operationelle organisation behov for – inden for de rammer, der er givet nationalt – at sikre kobling til lokale sundhedsfaglige beslutningsstrukturer mhp. at kunne understøtte sundhedsfaglige behov og udvikle rette digitale løsninger.
Systemer	<ul style="list-style-type: none"> • Opgaver vedr. udvikling, drift og implementeringsstøtte ift. alle fag- og forretningssystemer i sundhedsvæsenet placeres i samme organisation som opgaver vedr. data. • Der er samme behov for nærhed og kobling til den sundhedsfaglige opgaveløsning som for opgaver vedr. data. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prioritering, budget, indkøb og leverandørstyring ift. alle fag- og forretningssystemer i sundhedsvæsenet flyttes til samme beslutningsstruktur som beslutninger vedr. data. • Behov for tæt sundhedsfaglig kobling i beslutningsstrukturen gælder også for opgaver vedr. systemer.
Basis-it	<ul style="list-style-type: none"> • Opgaver vedr. basis-it i regioner, kommuner og praksissektor placeres i samme organisation som opgaver vedr. fag- og forretningssystemer samt data. • Opgaver vedr. basis-it kan med fordel konsolideres og drives samlet på tværs af hele sundhedsvæsenet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prioritering, budget, indkøb og leverandørstyring ift. basis-it i sundhedsvæsenet placeres i samme beslutningsstruktur som beslutninger vedr. fag- og forretningssystemer samt data.



Copenhagen Office

Portland Towers
Göteborg Plads 1
DK-2150
Nordhavn
+45 39 25 5000

This proposal has been prepared by PA Consulting Group on the basis of information supplied by the client, third parties (if appropriate) and that which is available in the public domain. No representation or warranty is given as to the achievability or reasonableness of future projections or the assumptions underlying them, targets, valuations, opinions, prospects or returns, if any, which have not been independently verified. Except where otherwise indicated, the proposal speaks as at the date indicated within the proposal.

[paconsulting.com](https://www.paconsulting.com)

All rights reserved © PA Knowledge Limited 2022

This proposal is confidential to the organisation named herein and may not be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical or otherwise, without the prior written permission of PA Consulting Group. In the event that you receive this document in error, you should return it to PA Consulting Group, Portland Towers, Göteborg Plads 1, DK-2150, Nordhavn. PA Consulting Group accepts no liability whatsoever should an unauthorised recipient of this proposal act on its contents.

About PA.

We believe in the power of ingenuity to build a positive human future.

As strategies, technologies, and innovation collide, we create opportunity from complexity.

Our diverse teams of experts combine innovative thinking and breakthrough technologies to progress further, faster. Our clients adapt and transform, and together we achieve enduring results.

We are over 4,000 strategists, innovators, designers, consultants, digital experts, scientists, engineers, and technologists. And we have deep expertise in consumer and manufacturing, defence and security, energy and utilities, financial services, government and public services, health and life sciences, and transport.

Our teams operate globally from offices across the UK, Ireland, US, Nordics, and Netherlands.

PA. Bringing Ingenuity to Life.

Discover more at [paconsulting.com](https://www.paconsulting.com) and connect with PA on [LinkedIn](#) and [Twitter](#)

Bilag 10:

Det regionale politiske niveau.
Notat til Sundhedsstrukturkommissionen

Niels Opstrup

Det regionale politiske niveau

NOTAT TIL SUNDHEDSSTRUKTURKOMMISSIONEN

NIELS OPSTRUP

INSTITUT FOR STATSKUNDSKAB

SYDDANSK UNIVERSITET

NOVEMBER 2023

Indhold

Fra amter til regioner	2
Et decentralt regionalt niveau	2
Centralisering eller decentralisering?	3
Graden af decentralisering på regionalt niveau	8
Høstes gevinsterne?	14
Regionalt demokrati	15
Regionale valg	16
Den politiske repræsentativitet	19
Den demografiske repræsentativitet	21
Borgernes kendskab til, interesse for og tilfredshed med det regionale niveau	24
Er patienten syg?	29
Den politiske styreform	30
Centrale politiske organer og aktører	30
Afvejning af centrale hensyn	46
Alternativer?	51
Sammenfatning	52
Referencer	54

Fra amter til regioner

Strukturreformen nedlagde amterne, og erstattede dem med fem regioner. De nye regioner fik mindre ansvar og færre kompetencer end de tidligere amter. Opgavemæssigt blev stort set kun sundhedsområdet efterladt tilbage. Samtidig blev antallet af skatteudskrivende led reduceret fra tre til to, hvilket betød, at de fem regioner ikke kan opkræve skatter, men derimod er underlagt forskellige former for finansieringstilskud fra staten og bidrag fra regionens kommuner. Endelig ændredes den politiske styreform. Udvalgsstyret i de tidligere amter blev erstattet med 'et fleksibelt forretningsudvalgsstyre', også nogle gange benævnt som en 'rådsmodel' (se Christensen og Klitgaard 2008 og Krogh 2010a for uddybende analyser af beslutningsprocessen omkring oprettelsen af de fem nye regioner).

Nærmest fra dag ét blev der sat spørgsmålstegn ved regionernes eksistens (Madsen 2012: 129). De findes dog forsat, men er stadig omdiskuterede. Men hvordan går det faktisk med regionerne? Det vil denne rapport forsøge at sammenfatte gennem tre forskellige blik på det regionale politiske system. For det første skal vi se på argumenterne for og imod at decentralisere den offentlige opgaveløsning og vurdere den faktiske decentraliseringsgrad på regionalt niveau. For det andet skal vi se nærmere på det regionale demokrati og herunder de regionale valg, den politiske og demografiske repræsentativitet og borgernes kendskab til, interesse for og tilfredshed med det regionale politiske niveau. Endelig skal vi se på de centrale politiske organer og aktører i den politiske styreform, og hvordan den prioriterer forskellige hensyn i forhold til det politiske systems funktion.

Et decentralt regionalt niveau

En decentralisering af den offentlige opgaveløsning forudsætter, at ansvaret for opgaverne udlægges til politisk selvstændige regionale eller lokale enheder¹ (Strukturkommissionen 2004: 117).

Historisk har vi i Danmark en lang tradition for en organisering af den offentlige sektor i tre forvaltningsniveauer. Mellem 1970 og 2007 var den offentlige sektor inddelt i stat, amtskommuner og primærkommuner. Nærmere bestemt 14 amter og for hovedparten af perioden 275 kommuner. Før det var der en mere kompleks decentral organisering med både amter, købstadskommuner og

¹ Dette er i modsætning til lokal statsforvaltning, også kaldet *dekoncentreret forvaltning*, som indgår fuldt ud i det statslige ministerielle hierarki (Mortensen 2019: 102).

sognekommuner samt underkategorier indenfor hver. I slutningen af 1950'erne var der således 22 amter med 25 amtsråds kredse/amtskommuner, 88 købstads- eller købstadslignende kommuner, og 1.291 sognekommuner og 9 købstadslanddistrikter (Blom-Hansen m.fl. 2012: 14). Inddelingen af det mellemste niveau, amterne, var med få undtagelser på daværende tidspunkt ikke blevet reformeret siden slutningen af 1700-tallet. Siden 2007 har den offentlige sektor været organiseret i 5 regioner og 98 kommuner.

Præcist hvor mange niveauer og enheder, der bør være, giver forskningen ikke et klart svar på (Blom-Hansen og Bækgaard 2019: 120). Det samme glæder spørgsmålet om, hvorvidt ansvaret for en bestemt offentlig opgave skal være placeret på statsligt niveau eller decentralt på regionalt eller lokalt niveau. Det afhænger af afvejningen mellem forskelligrettede hensyn. Der findes en række økonomiske og demokratiske argumenter for decentralisering af opgaveløsningen. Men der findes omvendt også en række argumenter for at centralisere opgaveløsningen i større enheder og/eller for at placere ansvaret på et højere forvaltningsniveau.

I dette afsnit skal vi først se nærmere på argumenter for og imod decentralisering (eller mere eller mindre centralisering af den offentlige opgaveløsning). Herefter følger en kort analyse af decentraliseringsgraden på regionalt niveau.

Centralisering eller decentralisering?

Hovedargumentet for at placere ansvaret for den offentlige opgaveløsning på et decentralt politisk niveau er, at beslutninger om ydelse omfang, indhold, tildeling og finansiering træffes tæt på de berørte borgere. Det forventes at have såvel positive demokratiske og økonomiske konsekvenser.

Centrale demokratiske argumenter for decentralisering:

- For det første spredes den politiske magt i samfundet. Graden af decentralisering i et samfund omhandler netop i hvilken grad indflydelsen på kollektive beslutninger er spredt på samfundets medlemmer (Mouritzen 1997).
- For det andet antages det at øge borgernes muligheder for og tilskyndelse til at deltage politisk, hvilket igen bidrager til at 'uddanne' borgerne demokratisk.
- For det tredje forventes det, at de decentrale politiske beslutningsprocesser giver bedre muligheder for at tage hensyn til borgernes synspunkter og ønsker. Ligesom den decentrale

opgavevaretagelse antages at styrke borgernes muligheder for at kunne sanktionere om den førte politik, er i overensstemmelse med deres ønsker.

- Den større lydhørhed overfor borgernes synspunkter og ønsker under pkt. 3 forventes for det fjerde at medvirke til at øge borgernes tillid og opbakning til de politiske beslutninger og det politiske system.

Ovenstående argumenter uddybes i boks 1.

Boks 1: Centrale demokratiske argumenter for decentralisering

Magtspredning:

Det ligger i definitionen af decentralisering, at det spreder den politiske magt i samfundet, og at beslutningerne træffes tættere på borgerne (Mouritzen 1997). Henlæggelse af beslutningskompetence til decentrale politiske systemer kan derfor betragtes som en form for magtdeling, der sikrer en modvægt til den statslige forvaltning, som kan medvirke til at beskytte lokalt forankrede interesser og sikre en større lydhørhed overfor borgernes synspunkter og ønsker. I decentrale demokratiske systemer har grupper, som er i mindretal på nationalt niveau, mulighed for at gennemføre den for dem ønskværdige politik (indenfor rammerne af den nationale lovgivning), hvis de kan opnå flertal herfor lokalt.

Politisk deltagelse:

Det følger også af definitionen, at øget decentralisering øger den enkelte borgers mulighed for at deltage i de politiske beslutningsprocesser. Det skyldes først og fremmest, at antallet af folkevalgte politiske mandater øges med eksistensen af et decentralt politisk niveau og et antal sideordnede politiske enheder. Men det forventes også, at borgerne generelt er mere motiveret til, og har bedre muligheder og forudsætninger for at involvere sig i og bidrage til politiske spørgsmål, som er tættere på deres egen dagligdag, hvilket igen bidrager til at 'uddanne' borgerne demokratisk. Deltagelse anses derfor gerne som en central normativ værdi ved decentrale politiske systemer (Sharpe 1970).

Lydhørhed:

Henlæggelse af beslutningskompetence til decentrale politiske systemer kan forventes at øge lydhørheden overfor borgernes synspunkter og ønsker af to grunde. For det første må det forventes, at borgerne har bedre muligheder for at påvirke det politiske niveau. Når beslutningerne tages decentralt, har den enkeltes stemme mere vægt, og den enkelte borger må derfor forventes at have bedre muligheder for at få repræsenteret sine synspunkter og interesser. Tilsvarende må det antages, at borgerne har bedre mulighed for at kontrollere udmøntningen af de politiske beslutninger ved decentral opgavevaretagelse, og følgelig bedre kan sanktionere om den førte politik, er i overensstemmelse med deres ønsker. For det andet må det antages, at det politiske niveau har bedre muligheder for at tage hensyn til borgernes ønsker og behov. Borgerne

er tættere på, og de folkevalgte politikere må derfor forventes at have nemmere ved at komme i dialog med dem og således kunne inddrage deres synspunkter i beslutningsprocessen. De folkevalgte politikere må desuden antages at have et større lokalkendskab og derfor bedre muligheder for at træffe beslutninger, der afspejler decentrale ønsker og behov.

Tillid og opbakning:

At de politiske beslutninger træffes tættere på borgerne, og således forventelig bedre afspejler lokale synspunkter og ønsker, kan forventes at øge tilliden og opbakningen til de politiske beslutninger og det politiske system. Forskningsmæssigt er det vist, at størrelsen på det politiske system har nogen betydning for borgernes tillid og opbakning (Denters m.fl. 2014). På baggrund af studier af Strukturreformen i 2007 er det f.eks. fundet, at valgdeltagelsen (Bhatti og Hansen 2010) og borgernes lokalpolitiske tillid (Hansen 2013) faldt som følge af, at kommunerne blev større og færre.

Decentralisering af opgaveløsningen forventes også at have nogle positive konsekvenser velfærdsøkonomisk:

- For det første antages det, at den politiske nærhed medvirker til at sikre en bedre overensstemmelse mellem borgernes ønsker og den førte politik – eller med andre ord en større allokativ efficiens.
- For det andet forventes det at medføre mere innovation, og muliggøre at gode løsninger spredes mellem enhederne.
- For det tredje antages det at kunne være mere effektivt styringsmæssigt, da enhederne er mindre.

Ovenstående argumenter uddybes i boks 2.

Boks 2: Centrale økonomiske argumenter for decentralisering

Bedre overensstemmelse mellem borgernes ønsker og den førte politik:

Det centrale økonomiske argument for decentralisering er en større allokativ efficiens i brugen af offentlige midler. Eller sagt på en anden måde: At det kan medvirke til at sikre en bedre overensstemmelse mellem borgernes ønsker (efterspørgslen efter offentlige ydelser) og den førte politik (udbuddet af offentlige ydelser) (Oates 1999). Argumentationen er treleddet.

For det første skyldes det, at borgerne må forventes i højere grad at 'afsløre' deres sande præferencer for balancen mellem offentlige udgifter og serviceniveau i mindre politiske enheder. I et markedssystem reguleres udbud og efterspørgsel ved hjælp af prismekanismen. Det samme glæder ikke for offentlige ydelser, som i hovedparten finansieres gennem skattebetaling, som alle

borgere og virksomheder pålignes uanset om og i hvilket omfang de forbruger de offentlige ydelser. Der er med andre ord en svagere sammenhæng mellem forbrug og betaling, hvilket kan øge efterspørgslen og skabe et asymmetrisk pres for højere offentlige udgifter (Kristensen 1980). Det kan dog forventes, at dette mindskes, desto større graden af decentralisering er, da sammenhængen mellem offentligt forbrug og skattebetaling er tydeligere i mindre politiske enheder (Mouritzen 1997).

For det andet betyder den højere politiske nærhed bedre muligheder for at afstemme udbuddet af offentlige ydelser til lokale ønsker og behov. Det gælder både overordnet i forhold til den ønskede balance mellem offentlige udgifter (beskatning) og udbud (serviceniveau) og i forhold til den specifikke prioritering mellem forskellige serviceområder. Udbuddet tilpasses med andre ord bedre til borgernes efterspørgsel (ibid.).

For det tredje kan borgerne omvendt også flytte sig efter udbuddet, når der er et decentralt politisk niveau og et antal sideordnede politiske enheder. Ligesom i en markedssituation giver det borgerne mulighed for at vælge – ved at flytte – en anden udbyder (politisk enhed), hvis dennes udbud bedre modsvarer deres præferencer. Man taler om, at borgerne 'stemmer med fødderne' (også omtalt som Tiebout-effekten (Tiebout 1956)). Eksistensen af valgmuligheder forventes desuden at tilskynde til højere effektivitet enten i form af øget kvalitet i opgaveløsningen eller bedre omkostningseffektivitet (lavere beskatning), da de decentrale enheder vil være i konkurrence med hinanden om at tiltrække eller fastholde borgerne, som forventes at agere som kunder på et marked og flytte sig derhen, hvor der er det bedste tilbud.

Innovation:

Ovennævnte 'konkurrencesituation' forventes desuden at tilskynde til innovation og nytænkning i opgaveløsningen. Generelt betyder eksistensen af sideordnede politiske enheder, at forskellige ideer kan afprøves flere steder, og at der kan ske en diffusion af gode løsningsmodeller mellem enhederne (Mouritzen 1997). De kan med andre ord lære af hinanden, hvad der virker godt, og hvad der måske ikke gør.

Mindre "bureaukrati":

Behovet for formelle styrings- og koordinationsmekanismer og en mere hierarkisk organisering har det med at vokse, desto større organisatoriske enheder bliver. Decentralisering af opgaveløsningen til mindre enheder antages derfor at kunne være mere effektivt styringsmæssigt og kunne give en mere 'smidig' og effektiv opgavevaretagelse (Strukturkommissionen 2004: 118). Hvis enhederne bliver over en vis (ikke klart fastsat) størrelse, kan det forventes, at der vil opstå 'stordriftsulemper' på grund af voksende transaktionsomkostninger (Blom-Hansen m.fl. 2016). Det er vigtigt at understrege, at den potentielle effektivitet (eller mulige stordriftsomkostninger) altså vedrører 'beslutningssystemet' og ikke 'produktionssystemet', hvor man modsat kan forvente, at der vil være stordriftsfordele forbundet ved at organisere i større enheder (Mouritzen 1997).

Der kan modsat også fremføres en række argumenter for at mindske decentraliseringsgraden eller med andre ord centralisere opgaveløsningen i større enheder og/eller for at placere ansvaret herfor på et højere forvaltningsniveau.

Centrale argumenter for mindre decentralisering/ centralisering:

- For det første kan der være stordriftsfordele forbundet med at have færre og større enheder
- For det andet kan der være et hensyn til den overordnede makroøkonomiske styring af samfundsøkonomien
- For det tredje kan decentraliseringen medføre koordinationsproblemer mellem niveauerne
- For det fjerde kan beslutninger truffet på et decentralt niveau have utilsigtede konsekvenser for udenforstående
- Endelig kan decentraliseringen medføre en uønsket ulighed mellem borgerne i samfundet i forhold til de offentlige ydelser, som de tilbydes. Nøgleordet her er *uønskede*, da muligheden for lokal eller regional variation i skatte- eller serviceniveau er den centrale begrundelse for en decentralisering af den offentlige opgaveløsning (jf. ovenfor).

Argumenterne ovenfor uddybes i boks 3.

Boks 3: Centrale argumenter for centralisering

Stordriftsfordele:

Større politiske enheder kan forventes at være mere omkostningseffektivt i mange tilfælde, hvorfor det i så fald vil kunne betale sig økonomisk at have færre og større enheder. Det skyldes for det første, at faste omkostninger til f.eks. administration antages at kunne reduceres i og med, at man undgår 'dobbelt arbejde' i den forstand, at samme opgave ikke løses parallelt flere steder. Større enheder kan for det andet give bedre muligheder for en stærkere intern arbejdsdeling og specialisering, som kan løfte kvaliteten i opgaveløsningen og/eller sikre større omkostningseffektivitet. Litteraturen taler dog også om mulige 'stordriftsulemper' på grund af øgede interne styrings- og koordinationsproblemer i større enheder (jf. ovenfor). Forskningsmæssig er der begrænset belæg for, at der skulle være økonomiske stordriftsfordele ved at gøre politiske enheder større (se Blom-Hansen, Houlberg og Serritzlew 2014; Blom-Hansen m.fl. 2016).

Koordinationsproblemer:

Den arbejdsdeling, der laves mellem forvaltningsniveauer, når ansvaret for nogle offentlige opgaver decentraliseres, skaber et koordinationsbehov i forhold til sammenhængende og gensidigt afhængige opgaver, som det er forbundet med transaktionsomkostninger at løse, og, hvis de ikke løses hensigtsmæssigt, kan mindske effektiviteten i opgaveløsningen (Blom-Hansen

og Bækgaard 2019: 121). Det gælder både i forhold til 'negativ koordination', som sigter på at sikre at forskellige aktiviteter ikke er i konflikt og modarbejder hinanden, og 'positiv koordination', der forsøger at øge den samlede målopfyldelse ved at udnytte fælles strategiske muligheder på tværs af enheder (Jacobsen og Jakobsen 2019: 75). Det er dog vigtigt at understrege, at der også vil være et koordinationsbehov indenfor samme enhed, hvor der uundgåeligt også vil være en intern arbejdsdeling og specialisering. Argumentet er nærmere, at løsningen af koordinationsproblemerne potentielt vil være vanskeligere på tværs af forvaltningsniveauer.

Eksternaliteter:

Endelig har beslutninger truffet eller handlinger foretaget i en politisk enhed i mange tilfælde konsekvenser, som rækker udover det givne område eller den givne personkreds. Problemet med disse eksterne effekter er, at beslutningstagerne som udgangspunkt ikke har nogen tilskyndelse til at tage hensyn til eventuelle utilsigtede konsekvenser for udenforstående (Mouritzen 1997).

Eksistensen af eller risikoen for alvorlige eksternalitetsproblemer kalder derfor på styring eller koordination på et højere forvaltningsniveau.

Samfundsøkonomiske hensyn:

En særlig variant af eksternalitetsproblemet er, at de økonomiske dispositioner, der foretages decentralt, har indvirkning på den samlede samfundsøkonomi. Decentralisering skaber derfor et behov for en vis central makroøkonomisk styring og koordination således, at der sikres sammenhæng mellem de økonomiske dispositioner, som foretages decentralt, og den overordnede økonomiske politik (Serritzlew og Blom-Hansen 2014: 190).

Horisontal lighed:

Det følger af decentralisering, at borgerne på tværs af de decentrale enheder i mange tilfælde vil opleve forskelle i de offentlige ydelser, som de tilbydes. Det kan skyldes forskelle i økonomiske ressourcer mellem de enkelte enheder og forskelle i politiske prioriteringer. Hvis variationer i ydelsesniveau eller -indhold ikke er ønskværdige, og alle borgere skal have samme tilbud, uanset hvor de bor i landet, kalder det ligeledes på styring fra centralt hold. Det er dog blevet fremhævet, at det skulle være en myte, at et stærkt centraliseret system automatisk skulle medføre større lighed i behandlingen af enkelttilfælde (Mouritzen 1997: 78).

Graden af decentralisering på regionalt niveau

En ting er argumenterne for og imod decentralisering af den offentlige opgaveløsning. Noget andet er den faktiske grad af decentralisering, som finder sted.

Mouritzen (1997) pegede på, at decentraliseringsgraden hænger sammen med 1) hvilke *opgaver*, som løses decentralt, 2) hvilken *autonomi* de decentrale politiske enheder har i forhold til

opgavevaretagelsen og 3) *magtfordelingen* på det decentrale niveau. Strukturkommissionen (2004) fremhævede ligeledes tre dimensioner: 1) placeringen af opgaverne på forskellige forvaltningsniveauer, 2) forvaltningsenhedernes størrelse og 3) graden af statslig regulering af den decentrale opgavevaretagelse. Sidenhen er der blevet foreslået et større antal indikatorer med det formål at måle decentraliseringsgraden i et samfund eller for et specifikt forvaltningsniveau (se Harguindéguy m.fl. 2019 for en gennemgang af mål for decentralisering).

Et sådan mål er 'the Regional Authority Index' (Hooghe m.fl. 2016), som opstiller fem spørgsmål til at måle graden af regional selvbestemmelse (*self-rule*).²

- Hvor uafhængig er det regionale niveau fra statslig kontrol? (*Institutional depth*)
- Hvilken bestemmelsesret har det regionale niveau over det politiske indhold indenfor dets myndighedsområde? (*Policy scope*)
- Hvilken bestemmelsesret har det regionale niveau over skatteniveauet indenfor dets myndighedsområde? (*Fiscal autonomy*)
- Har det regionale niveau ret til at optage lån? (*Borrowing autonomy*)
- Har det regionale niveau direkte valgte politiske organer? (*Representation*)

En videreudvikling af ovenstående er 'the Local Autonomy Index' (Ladner og Keuffer 2019), som præsenteres i nedenstående tabel.

² The Regional Authority Index indeholder også et sæt af spørgsmål om det regionale niveaus indflydelse på det nationale politiske niveau (*shared rule*) (Hooghe m.fl. 2016).

Tabel 1: Local Autonomy Index

Dimension	Oversættelse¹	Beskrivelse
Institutional depth	Opgavefrihed	Den autonomi det decentrale niveau har til at vælge, hvilke opgaver det skal løse
Policy scope	Opgavebrede	Omfanget af opgaver som løses decentralt
Effective political discretion	Faktisk beslutningskompetence	Den faktiske indflydelse, som det decentrale niveau har, i forhold til at beslutte ydelsernes indhold og omfang
Fiscal autonomy	Skatteudskrivningsret	Om det decentrale niveau kan udskrive skat, og hvor frit det kan fastsætte skatteprocenten
Fiscal transfer system	Tilskudssystem	Graden af øremærkning i det statslige bloktilskud
Financial self-reliance	Egenfinansiering	Andelen af indtægterne som er fra egne/lokale kilder
Borrowing autonomy	Lånefrihed	I hvilket omfang det decentrale niveau frit kan optage lån
Organisational autonomy	Organisationsfrihed	Hvor frit det decentrale niveau kan bestemme sin politiske og administrative organisering
Legal protection	Juridisk beskyttelse	Eksistensen af konstitutionelle eller juridiske regler som hævder det decentrale niveaus autonomi
Administrative supervision	Tilsyn	Omfanget af statslige tilsyn
Central or regional access	Medstyre	I hvilket omfang det regionale niveau kan påvirke den statslige politik

Kilde: Ladner og Keuffer 2019. Oversættelserne er inspireret af Baldersheim m.fl. 2019.

Det overstiger omfanget for denne rapport at gennemføre en systematisk sammenligning på baggrund af dimensionerne i 'the Local Autonomy Index' eller 'the Regional Authority Index' af regionerne og de gamle amter og/eller af det regionale og det kommunale niveau. Men begrebsapparatet er behjælpeligt i forhold til at vurdere graden af decentralisering på det regionale niveau. Nedenfor laves nogle centrale nedslagspunkter på baggrund af udvalgte dimensioner fra tabel 1.

Organisationsfrihed:

Med nedlæggelsen af amterne og oprettelsen af de fem nye regioner fastholdt man en direkte valgt politisk ledelse; amtsråd blev til regionsråd med 41 medlemmer. Ligesom i amterne vælger regionsrådet selv sin formand (som dog ikke som i amterne eller kommunerne må benævnes borgmester) og fordeler øvrige politiske poster blandt regionsrådets medlemmer. Men selve den politiske styreform blev i udgangspunktet ændret, hvilket lagde nogle restriktive rammer for organiseringen af det politiske styre i regionerne (Christoffersen og Klausen 2009: 92).

Udvalgsstyret i de tidligere amter blev erstattet med 'et fleksibelt forretningsudvalgsstyre', også nogle gange benævnt som en 'rådsmodel'. Navnetvetydigheden skyldes, at det enkelte regionsråd i sin styrelsesvedtægt kunne beslutte, om beslutningskompetencen over den løbende administration – den såkaldte umiddelbare forvaltning – skulle placeres i forretningsudvalget eller (med visse undtagelser) i regionsrådet. Til en begyndelse valgte alle regioner med undtagelse af Region Syddanmark at placere ansvaret for den umiddelbare forvaltning i forretningsudvalget (Krogh og Skött 2007). Regionsrådene kunne derimod ikke, som i de udvalgsstyrede amter og kommuner, nedsætte en række stående udvalg med ansvar for den umiddelbare forvaltning indenfor hvert deres sagsområde. De kunne kun nedsætte særlige (ikke-beslutningsdygtige) udvalg af forberedende eller rådgivende karakter. Et yderligere benspænd var dog her, at hvis regionspolitikkerne skulle kunne oppebære vederlag for udvalgsarbejdet, måtte de særlige udvalg kun "...nedsættes for en periode på højst et år til varetagelse af opgaver af midlertidig karakter" (Krogh 2010a: 17).

Den nye styreform blev modtaget med stor skepsis i regionerne, da den oplevedes at bryde væsentlig med den politiske arbejdsform, som man kendte fra amterne (Krogh og Skött 2007). Man forsøgte derfor i høj grad at 'indføre udvalgsstyret af bagvejen' (Glavind og Kirkegaard 2006) ved på forskellig måde at permanentiggøre de midlertidige udvalg (Krogh 2010b). Siden 2014 har regionerne dog haft mulighed for at genindføre udvalgsstyret, og nedsætte stående udvalg med ansvar for den umiddelbare forvaltning på deres sagsområde. Men mens regionerne har valgt at nedsætte (permanente) stående udvalg, har ingen af dem i indeværende valgperiode valgt at placere den umiddelbare forvaltning her. Fire regioner har placeret den i regionsrådet, imens Region Nordjylland har placeret ansvaret for hovedparten i forretningsudvalget (Kjær 2023: 27-28). Vi vender tilbage til styreformen og dens betydning for det regionale demokrati senere i rapporten.

Opgavefrihed:

I modsætning til kommunerne og de forhenværende amter er regionerne ikke omfattet af kommunalfuldmagten, der giver adgang til at varetage opgaver, som ikke er direkte lovhjemlede eller udelukkende henlagt til andre myndigheder. Regionerne kan kun påtage sig de opgaver, som de er direkte pålagt i Regionsloven (§5).

Opgavebredde:

Hvor kommunernes opgaveportefølje voksede som følge af Strukturreformen, blev regionernes mindre sammenlignet med den i de tidligere amter. Regionernes hovedopgave er at styre sundhedsvæsenet, men de varetager også opgaver indenfor socialområdet og regional udvikling. Men sammenlignet med de tidligere amter (som også havde ansvaret for bl.a. de gymnasiale uddannelser) er der sket en udtynding i karakteren af de sidstnævnte opgaver (Krogh 2010a: 20). De omfatter henholdsvis driften af en række specialiserede institutioner på social- og specialundervisningsområdet, som kommunerne visiterer til og betaler, men også kan vælge at hjemtage driften af, og ansvaret for regionale udviklingsstrategier, miljøopgaver i forhold til jordforurening og råstoffer samt deltagelse i regionale trafikselskaber. Set budgetmæssigt er sundhedsområdet altdominerende i forhold til regionernes aktiviteter. Hvor sundhedsområdet typisk udgjorde mellem 60 og 70 pct. af budgettet i amterne (Madsen 2012: 43), stod sundhedsområdet således i 2021 for 97,8 pct. af regionernes driftsudgifter og 97,2 pct. af deres anlægsudgifter (Kjær 2023: 29). I det politiske arbejde dominerer sundhedsområdet også. 75 pct. af dagsordenspunkterne til regionsrådsmøderne handlede i 2022 om sundhed (jf. nedenfor).

(Ingen) skatteudskrivningsret:

I modsætning til kommunerne og de tidligere amter kan regionerne ikke udskrive skat. Hovedparten af deres indtægter kommer i stedet fra et statsligt bloktilskud, som fastsættes ved de årlige økonomiforhandlinger mellem regeringen og Danske Regioner (Juul 2006). Bloktilskuddet er opdelt i forhold til finansiering af henholdsvis sundhedsområdet og de regionale udviklingsopgaver. Udover det statslige bloktilskud kommer de regionale indtægter fra bidrag fra regionens kommuner. Regionerne 'scorer' med andre ord nul i forhold til graden af *egenfinansiering*, da alle indtægter er overførelser fra enten staten eller kommunerne. Endelig er regionernes *lånefrihed* mere begrænset end kommunernes og de tidligere amters. Som udgangspunkt kan regionerne kun optage lån efter

dispensation fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Dog er der også ret snævre grænser for kommunernes låneadgang (Christensen, Christiansen og Ibsen 2022: 124).

Tilskudssystem:

I overensstemmelse med måden, som de er finansieret på, er regionernes økonomi opdelt i tre 'kasser' for hvert hovedopgaveområde (sundhed, regional udvikling og drift af institutioner på social- og specialundervisningsområdet). De forskellige tilskud og bidrag er øremærket til de enkelte områder, og regionerne kan ikke prioritere økonomisk mellem 'kasserne'.

Faktisk beslutningskompetence:

Den ovenstående kombination af en manglende skatteudskrivningsret, og at finansieringen er øremærket til hvert hovedopgaveområde, giver væsentlige begrænsninger på regionsrådets faktiske beslutningskompetence. Som Kjær (2023) påpeger, betyder denne dåbsgave, som regionerne fik ved fødslen, at det er vanskeligere at være politiker, da de er bundet på hænderne i forhold til, at varetage den traditionelle politiske opgave det er 1) at afstemme skatte- og serviceniveauet (høj skat/høj service vs. lavere skat/lavere service) og 2) at prioritere mellem politikområder (som en klassisk definition klargør, handler politik om 'Who gets what, when, and how' (Lasswell 1936)). Der er dog forsat potentielt masser af politik i regionalpolitik, som Kjær (2023) også fremhæver. Sundhedsområdet er, hvis man ser bort fra udgifter til overførselsindkomster, den budgetmæssigt tungestvejende post i den offentlige sektors økonomi, og der bruges i gennemsnit 25 milliarder kroner på sundhed i hver region. Der ligger således en ganske betydelig politisk opgave i forhold til mere præcist at fastsætte og at prioritere ydelseernes indhold og omfang indenfor sundhedsområdet. Her er regionsrådene dog ofte bundet på hænderne oppefra. I hvert fald tilkendegav 47,5 pct. af regionspolitikkerne i 2009, at de var helt enige eller delvist enige i, at de fleste møders beslutninger er fastlagt i forvejen af gældende love og cirkulærer m.m. (Dyhrberg 2010: 97).³ Dette adskiller sig dog ikke signifikant fra amtsrådspolitikernes vurdering af samme spørgsmål i 1998-99 (ibid.). Det adskiller sig heller ikke i væsentlig grad fra kommunalpolitikernes samtidige vurdering, hvor 45,8 pct. erklærede sig helt eller delvist enige i udsagnet, og kun i lidt større grad fra deres nutidige vurdering (i 2021), hvor 41,8 pct. er helt eller delvist enige i spørgsmålet (Pedersen m.fl. 2021: 21).

³ Dyhrberg (2010) præsenterede spørgsmålet på en omkodet 0-100 skala.

Høstes gevinsterne?

Sammenholder man ovenstående mini-analyse af decentraliseringsgraden på det regionale niveau med argumenterne for at decentralisere opgaveløsningen præsenteret tidligere, bliver det tydeligt, at begrænsningerne i regionsrådenes beslutningskompetence kan give udfordringer i forhold til at opnå de fulde gevinster ved decentraliseringen. Det gælder i forhold til de forventede demokratiske gevinster ved den større lydhørhed og medfølgende tillid og opbakning til det politiske system (vi ser nærmere på borgernes tilfredshed med det regionale demokrati nedenfor). Det gælder også i forhold til den bedre overensstemmelse mellem borgernes ønsker og den førte politik, som netop forudsætter, at politikerne har frihed til prioritere, og at der kan være mellemregionale forskelle i skatte- og serviceniveauer og i ydelsernes indhold og omfang.

Om man med nedlæggelsen af amterne og oprettelsen af regionerne i stedet har høstet nogle af de potentielle gevinster ved centralisering, er i høj grad et åbent spørgsmål. Der er ikke på samme måde, som for kommunerne, analyser af Strukturreformens konsekvenser. Det skyldes, at reformen på regionalt niveau ikke gav de samme metodiske muligheder for at kunne sige noget kausalt om effekten af sammenlægningen i større enheder, som man havde på kommunalt niveau, hvor nogle kommuner blev sammenlagt til større enheder og andre forblev uforandrede. Vi ved fra studierne af kommunerne, at sammenlægningerne har resulteret i stordriftsfordele i forhold til først og fremmest udgifter til administration, men at effektiviteten ikke er blevet større på de fleste velfærdsområder, og at det endda har skabt stordriftsulempen på enkelte områder. Blom-Hansen m.fl. (2016) konkluderer, at effekten samlet set viser sig at være nul. Det tyder heller ikke på, at selve resultaterne er forbedrede. I hvert fald ikke på skoleområdet (Blom-Hansen m.fl. 2021).

Koordinationsbehovet er også vedblevet. Strukturreformen var i den henseende ikke en centralisering af opgaveløsningen. Ansvar for flere af amternes opgaver blev flyttet ned på kommunalt niveau. Vigtigst i denne sammenhæng var, at kommunerne fik en større rolle på sundhedsområdet med ansvar for forebyggelse og sundhedsfremme og genoptræning, som ikke foregår under indlæggelse. Regionernes sundhedsopgaver skal således løses delvist i samarbejde med kommunerne. Koordinationsbehovet var indtænkt i Strukturreformen med oprettelsen af et sundhedskoordinationsudvalg, som udarbejder udkast til den sundhedsaftale, der efter sundhedsloven skal indgås mellem regionsrådet og de enkelte kommunalbestyrelser i regionen (se Heeager 2009), og et praksisplanudvalg som skal udarbejde praksisplaner for almenlægeområdet. I 2022 blev disse sammenlagt i et nyetableret sundhedssamarbejdsudvalg samtidig med, at der blev

oprettet 21 sundhedsklynger med både et fagligt og et (indirekte valgt/sammensat) politisk niveau (se Pedersen 2023). Dertil kommer en række andre lovbestemte udvalg og bestyrelser, som skal styrke det tværgående samarbejde: Kommunekontaktudvalget, hvor regionsrådsformanden er formand, og der er deltagelse af borgmestrene fra regionens kommuner, et vækstforum med deltagelse af regionspolitikere og kommunalpolitikere samt repræsentanter for erhvervslivet og uddannelsesinstitutioner, og et udviklingsråd på social- og specialundervisningsområdet med repræsentanter fra region, kommuner og brugere (Krogh 2010a: 17).

En demokratisk udfordring ved denne tværgående koordination er dog, at det kan gøre det vanskeligere at fastslå, hvem som i sidste ende sidder med ansvaret, og derfor svække borgernes muligheder for på valgdagen at kunne sanktionere de ansvarlige beslutningstagere, hvis den førte politik ikke er i overensstemmelse med deres ønsker.

Samme problemstilling følger af afkoblingen mellem finansierings- og opgaveansvaret som beskrevet ovenfor. Det kan tilskynde til 'et spil om sorteper' (*blame games*) mellem stat og regioner, når der skal træffes upopulære beslutninger, eller der opstår såkaldte 'møgsager'. Man kan frygte, at regionspolitikerne vil råbe at 'det er regeringens skyld'. Det sker også, men ikke i større grad end det gjorde i amternes tid (Mortensen 2012). Men det kan skabe en usikkerhed om, hvem der har det politiske ansvar, hvilket ikke er ønskværdig i et repræsentativt demokrati (Mortensen 2009).

Lad os vende blikket mod netop det regionale demokrati i det følgende afsnit.

Regionalt demokrati

Afgørende for legitimiteten af den offentlige sektors decentrale niveauer er, at de har en demokratisk valgt øverste ledelse for forvaltningen i form af kommunalbestyrelser og regionsråd. Den decentrale kompetence i kommuner og regioner legitimeres ved, at det er valgte repræsentanter, der er øverste ansvarlige for forvaltningens prioriteringer og afgørelser (Strukturkommissionen 2004: 115-116).

I regionerne afholdes der *direkte* valg til regionsrådene, hvilket betyder, at de er politiske enheder med hver deres eget repræsentative demokrati (Kjær 2023: 12). Hvert fjerde år vælger de stemmeberettigede borgere i hver region 41 regionspolitikere til at repræsentere dem i den politiske proces indtil næste valg. Valghandlingens funktion er todelt (som dog varetages gennem et enkelt

kryds på valgdagen). For det første gives vælgerne mulighed for at stemme på personer eller partier, som repræsenterer deres synspunkter og interesser. Ideelt set vil det politiske organ i sammensætning og den førte politik således afspejle vælgerne holdninger. For det andet har vælgerne mulighed for at sanktionere, om den førte politik har været i overensstemmelse med deres ønsker. Ideelt set giver valghandlingen således vælgerne mulighed for at holde politikerne ansvarlige for deres handlinger og beslutninger i den foregående valgperiode (Strukturkommissionen 2004: 146).

I ovenstående afspejles tre krav til et velfungerende repræsentativt demokrati: responsivitet, ansvarlighed og repræsentativitet.⁴ Heri ligger, at det politiske system skal træffe beslutninger i overensstemmelse med borgernes ønsker (responsivitet), og at borgerne, hvis dette ikke sker, skal kunne holde de valgte repræsentanter ansvarlige gennem periodiske valg (Kjær og Mouritzen 2003: 17). Sidstnævnte forudsætter blandt andet, at der er gennemsigtighed i forhold til ansvarsforholdet mellem stat, regioner og kommuner, samt at borgerne har kendskab til de politiske partiers holdninger og indsigt i de beslutninger, der træffes (Strukturkommissionen 2004: 146).

Repræsentativitet indebærer, at borgerne har lige mulighed for at stemme, at hver stemme tæller lige meget, at alle har mulighed for at stille op til valget, og lige muligheder for at give sine holdninger til kende (Kjær og Mouritzen 2003: 18).

I dette afsnit skal vi kigge nærmere på det regionale demokrati ved først at se på de regionale valg, dernæst antallet af opstillede og indvalgte kandidater og partier (den politiske repræsentativitet), hvem de indvalgte regionspolitikere er (den demografiske repræsentativitet) og endelig borgernes kendskab til, interesse for og tilfredshed med det regionale politiske niveau.

Regionale valg

Hvert fjerde år afholdes der den 3. tirsdag i november valg til regionsrådene. Samme dag afholdes der også valg til landets kommunalbestyrelser. Seneste valg var den 16. november 2021. Her stemte 67 pct. af de stemmeberettigede vælgere. Som det fremgår af tabel 2 nedenfor, er dette ikke væsentlig forskelligt fra, hvor mange der stemte til amtsrådsvalgene, om end stemmeprocenten ved 2021-valget var lidt lavere end den gennemsnitlige stemmeprocent til amtsrådsvalg, hvor omkring

⁴ Et velfungerende demokrati kan defineres som et politisk system, der effektivt er kontrolleret af systemets ligeværdige subjekter (Kjær og Mouritzen 2003: 12).

72 pct. typisk afgav deres stemme.⁵ Som det også fremgår af tabel 2, adskiller en stemmeprocent på 67 sig heller ikke væsentligt fra den, som der har været ved tidligere regionsrådsvalg. Ved de fem valg, der har været afholdt til regionsrådene, har stemmeprocenten ligget mellem 66 og 72 procent.

Sammenlignet med vores nordiske nabolande er stemmeprocenten til regionsrådsvalgene højere, end den er til det regionale niveau i Finland (47,5 pct. i 2022) og Norge (60,5 pct. i 2019), men lavere end i Sverige (80,2 pct. i 2022) (Kjær 2023: 13). Sammenlignet med de øvrige 'danske valg' er stemmeprocenten markant lavere end til folketingsvalg, men højere end til valgene til Europa-Parlamentet. Ved seneste folketingsvalg i 2022 var stemmeprocenten på 84,2, mens det var 66,1 procent til europaparlamentsvalget, hvilket dog var markant højere end normalt. Ved det foregående europaparlamentsvalg i 2014 var den på 56,3 pct., ved valget i 2009 på 59,5 pct., og i 2004 helt nede på 47,9 pct.

Ikke så overraskende er stemmeprocenten til regionsrådsvalget og kommunalvalget stort set identiske, da de to valg afholdes samtidigt. Som Kjær (2023) påpeger, er det ikke nemt at vide om de samtidige kommunalvalg har en hæmmende eller en understøttende effekt på den regionale valgdeltagelse, men han fremhæver, at andelen af blanke og ugyldige stemmer ved hvert valg kan give en overordnet indikation på vælernes prioritering af hhv. regionsråds- og kommunalvalget. Ved regionsrådsvalget i 2021 var 3,8 pct. af de 3.129.031 afgivne stemmer blanke mens 0,4 pct. på anden måde var ugyldige, hvilket giver en samlet ugyldighedsprocent på 4,2. Ved kommunalvalget samme dag var kun 1,3 pct. af de 3.139.867 afgivne stemmer blanke og 0,4 pct. på anden måde ugyldige, hvilket giver en samlet ugyldighedsprocent på 1,7 (ibid.: 41-42). En anden indikation får man, hvis man sammenligner, hvor stor en forpligtigelse et udsnit af vælgerne føler de har til at stemme ved hhv. regionsråds- og kommunalvalg. Overordnet er der en ganske betydelig følelse af stemmeforpligtigelse i forhold til begge valg, men den er lidt lavere til regionsrådsvalgene, hvor 81 pct. angiver at føle en meget stor eller forholdsvis stor forpligtigelse til at stemme, mens det samme tal er 91 pct., når det gælder kommunalvalget (ibid.: 44). Det er i denne sammenhæng værd at bemærke, at kommunalvalget har en langt større mediemæssig bevågenhed end regionsrådsvalget (ibid.: 26), og at regionerne generelt har en lav synlighed i medierne (Elmelund-Præstekær 2010).

⁵ Der er her set bort fra amtsrådsvalget i 2001, som faldt sammen med afholdelsen af folketingsvalg, hvilket kan forklare den markant højere stemmeprocent ved dette valg.

Tabel 2: Amts- og regionsrådsvalg 1970-2021

	1970	1974	1978	1981	1985	1989	1993	1997	2001	2005	2009	2013	2017	2021
Antal kandidater	2.101	2.708	2.901	3.110	3.175	2.770	2.515	2.711	2.585	1.422	1.090	1.163	1.386	1.350
Antal mandater	336	370	370	370	374	374	374	375	375	205	205	205	205	205
Kandidater pr. mandat	6,3	7,3	7,8	8,4	8,5	7,4	6,7	7,2	6,9	6,9	5,3	5,7	6,8	6,6
Stemme-procent	74,5	66,0	75,2	74,9	71,9	69,6	72,7	72,2	86,1	69,4	66,00	71,8	70,7	67,0

Kilder: 1970-2009: Krogh (2010a); 2013-2021: 2005-2021 Danmarks Statistik (2006; 2010; 2014; 2018; 2022a).

Den politiske repræsentativitet

At vælgerne har valgmuligheder på valgdagen, i forhold til hvor de skal sætte deres kryds, er afgørende for muligheden for at stemme på personer eller partier, som bedst muligt repræsenterer deres synspunkter og interesser. Et højt antal kandidater i forhold til mandater og et bredt udbud af politiske partier og -lister, kan derfor betragtes som indikatorer på et velfungerende repræsentativt regionalt demokrati (Strukturkommissionen 2004: 157).

Ved regionsrådsvalget i 2021 kæmpede 1.350 kandidater om de 205 pladser, der er i de fem regionsråd sammenlagt (5x41 pladser). Som det fremgår af tabel 2 ovenfor, giver det 6,6 kandidater pr. mandat. Det er lavere end det gennemsnitlige antal kandidater pr. mandat til amtsrådsvalgene i perioden 1970-2001. I denne periode opstillede der i gennemsnit 7,2 kandidater pr. mandat. Tallet var dog, som det ses i tabel 2 ovenfor, i nogen grad nedadgående mod slutningen af perioden, og ved det sidste amtsrådsvalg i 2001 var der opstillet 6,9 kandidater pr. mandat. Antallet af opstillede kandidater faldt markant med Strukturreformen, men antallet af kandidater pr. mandat var det samme ved det første valg til regionsrådene i 2005, da antallet af politiske mandater blev reduceret med overgangen fra amter til regioner. Ved de to efterfølgende regionsrådsvalg i 2009 og 2013 faldt antallet af opstillede kandidater dog yderligere, og der var kun hhv. 5,3 og 5,7 kandidater pr. mandat. Herefter er antallet af kandidater pr. mandat steget til hhv. 6,8 ved regionsrådsvalget i 2017 og altså 6,6 kandidater pr. mandat ved valget i 2021.

Til sammenligning er antallet af kandidater pr. mandat væsentlig lavere til kommunalvalgene. Ved kommunalvalget i 2021 var der opstillet 3,8 kandidater pr. mandat i kommunalbestyrelserne (Danmarks Statistik 2022). Det samme gælder i forhold til det seneste folketingsvalg, hvor 1.014 kandidater kæmpede om de 175 mandater, der vælges i Danmark, hvilket giver 5,8 kandidater pr. mandat (Danmarks Statistik 2022b). Der er med andre ord numerisk set større konkurrence om pladserne i regionsrådene end om pladserne i kommunalbestyrelserne og i Folketinget.

Udover antallet af kandidater pr. mandat ville det være interessant at se på genopstillingsraten blandt de siddende regionspolitikere, da en interesse i at blive genvalgt er en forudsætning for vælgerens mulighed for at holde de valgte repræsentanter ansvarlige for den førte politik. Men hvor genopstillingsraten i kommunerne kan udledes af Danmarks Statistisk valgopgørelser, er det ikke muligt for regionerne. Vi kan i stedet se på genvalgsraten. Ved regionsrådsvalget i 2021 var andelen

af valgte, som også blev valgt i 2017, 46,8 pct (Kjær 2023: 89).⁶ Der er således en væsentlig grad af regionspolitikere, som bliver genvalgt, og, må man antage, en endnu større andel som genopstiller, men samtidig også en høj grad af udskiftning, hvilket indikerer, at der ikke er tale om en lukket politisk elite.

Vender vi blikket mod antallet af opstillede partier, ses det, at alle indvalgte partier i Folketinget også er opstillet til regionsrådsvalget⁷ (se Kjær 2023: 59). Det gjorde sig almindeligvis også gældende ved amtsrådsvalgene (Strukturkommissionen 2004: 161).

Som hovedregel opnår de indvalg i alle fem regioner. Dog blev Enhedslisten kun repræsenteret i hhv. fire og en region ved valgene i 2005 og 2009, og ved valget i 2017 blev Liberal Alliance og Alternativet kun indvalgt i hhv. fire og to regioner. I enkelte tilfælde har partier repræsenteret i Folketinget dog ikke opnået indvalg i nogle af de fem regionsråd. Det gjaldt for Liberal Alliance, da partiet opstillede for første gang til regionsrådsvalget i 2005, og det gentog sig for partiet ved valget i 2021. Heller ikke Alternativet opnåede indvalg i nogle af regionsrådene ved valget i 2021. Også partier udenfor Folketinget opstiller til regionsrådsvalget. Dog typisk uden succes, som da Nye Borgerlige opstillede i 2017, og altså før partiet kom i Folketinget, eller da Veganerpartiet opstillede ved det seneste regionsrådsvalg. Men i få tilfælde opnår partier udenfor Folketinget indvalg. Kristendemokraterne⁸ blev således repræsenteret i to regioner ved valget i 2005 og i en region ved valgene i 2017 og 2021 (ibid.). Endelig opstiller et stort antal tværpolitiske lister til regionsrådsvalget, men de opnår så godt som aldrig indvalg.

Kjær (2023) udregner en såkaldt 'nationaliseringsgrad' for de regionale valg, dvs. i hvilken grad de afspejler det nationale partisystem. Han konkluderer på den baggrund, at det regionale partisystem er væsentlig mere nationaliseret, når man ser på de indvalgte partier end på de opstillede (ibid.: 61-62). Som det også fremgår af ovenstående, er der en høj repræsentativitet af landspolitiske partier på stemmesedlen til regionsrådsvalget men også mange lister, som går på tværs af det partipolitiske spektrum. Men hvor de førstnævnte gerne indvælges i regionsrådene, er succesraten for de sidste yderst begrænset.

⁶ Genvalgsraten i kommunerne var 58,0 pct. ved kommunalvalget i 2021 (Kjær 2023: 89).

⁷ Dog opstillede Liberal Alliance kun i to af de fem regioner ved regionsrådsvalget i 2009.

⁸ Da løsgænger, den tidligere konservative Per Ørum Jørgensen i 2010 meldte sig ind i Kristendemokraterne, fik partiet et mandat i Folketinget, som det dog mistede ved folketingsvalget i 2011.

Kjær (2023) har i forbindelse med regionsrådsvalget i 2021 desuden spurgt et udsnit af vælgerne om i hvor høj grad de stemmer ud fra deres landspolitiske holdning til regionsrådsvalget. Det angav 54 pct., at de var helt eller delvist enige i, at de gjorde, imens kun 25 pct. var helt eller delvist uenige heri. Han spurgte også om i hvor høj grad det samme gjorde sig gældende i forhold til kommunalvalget. Her angav kun 39 pct., at de er helt eller delvist enige i, at de stemmer ud fra deres landspolitiske holdning, men 46 pct. angav, at de var helt eller delvist uenige heri (ibid. 66-67). Endelig udregner han dog også i hvilken grad vælgerne 'splitter deres stemmer' til folketings- og regionalvalg, dvs. stemmer på forskellige partier ved de to valg. Her når han frem til, at mere end tre ud af ti vælgere ved regionsrådsvalget i 2021 stemte på et andet parti, end de ville have gjort, hvis der havde været afholdt folketingsvalg samme dag.⁹ Han konkluderer derfor, at regionsrådsvalget "...på ingen måde [kan] ses som en kopi af et folketingsvalg, sådan at vælgerne blot kalkulerer deres landspolitiske stemme" (ibid.: 68).

Den demografiske repræsentativitet

I et repræsentativt demokrati er de folkevalgte politikere vælgerne repræsentanter, når der skal træffes politiske beslutninger, foretages prioriteringer, og afvejes interesser. Simpelt sat op kan de siges at gøre dette baseret på deres dømmekraft, deres grundholdninger og deres sociale perspektiv (Lê Madsen og Kjær 2015: 77-85).

Den demografiske repræsentativitet, dvs. hvorvidt de opstillede og valgte politikere 'ligner' de vælgere, som de repræsenterer, bliver således vigtigt ud fra en forventning om, at deres baggrund og de erfaringer, de har med sig, vil have betydning for, hvilke problemer de vil sætte på dagsordenen og hvilke beslutninger og prioriteringer, de vil foretage.¹⁰ Ikke kun ud fra en antagelse om, at vælgerne bedst repræsenteres af politikere, der minder om dem selv. Men også fordi den

⁹ Andelen af 'splitvælgere' ville være stort set den samme ved kommunalvalget i 2021, og hvis der var afholdt folketingsvalg samme dag (Kjær 2023: 68), og er heller ikke forskellig fra andelen af 'splitvælgere' ved amtsrådsvalget i 2001 og det samtidige folketingsvalg, hvor 28 pct. af vælgerne stemte på forskellige partier/lister ved de to valg (Strukturkommissionen 2004: 172).

¹⁰ Dette betegnes som *deskriptiv repræsentation*. Repræsentation kan dog også forstås formalistisk og som omhandlende autorisering og ansvarlighed. Som *symbolsk repræsentation* hvor repræsentativiteten skal vurderes ud fra den grad af accept, som de folkevalgte repræsentanter har blandt de repræsenterede. Eller som *substantiel repræsentation*, dvs. i hvilket omfang de politiske tiltag, som de folkevalgte repræsentanter fremsætter, afspejler præferencerne hos dem, de repræsenterer (Pitkin 1967).

demografiske repræsentativt kan medvirke til at styrke de folkevalgtes legitimitet i vælgernes øjne (Strukturkommissionen 2004: 165).

Antallet af dimensioner, som kan fremhæves som vigtige for repræsentativiteten, er potentielt set mange, men typisk er der fokus på faktorer som køn, alder, uddannelse, erhverv mv.

Med hensyn til kønsfordelingen i regionsrådene var valget i 2021, som Kjær (2023) skriver, danmarkshistorisk. For første gang nogensinde ved et dansk valg blev der indvalgt flere kvinder end mænd. Af de 205 indvalgte politikere var 102 mænd og 103 kvinder (50,2 pct.) (ibid.: 21). Det var meget tæt på kønsfordelingen i vælgerbefolkningen (borgere på 18 år eller derover), som pr. 1./1. 2022 var 49 pct. mænd og 51 pct. kvinder (Danmarks Statistik, Statistikbanken).

Kun 36,1 pct. af de opstillede kandidater var dog kvinder (Danmarks Statistik 2022a). Det vidner således om, at kvinderne havde en større succes på stemmesedlerne end de mandlige kandidater.

Kvindeandelen i regions-/amtsrådene er gradvist øget over tid. Ved det første amtsrådsvalg i 1970 var kun 9 pct. af de valgte politikere kvinder. Ved det sidste valg i amternes levetid i 2001 var lidt mere end en fjerdedel af de indvalgte kvinder. Ved første valg til regionsrådene i 2005 var godt en tredjedel af de valgte kvinder, hvilket også gjorde sig gældende ved valget i 2009 (Krogh 2010a). Ved valgene i hhv. 2013 og 2017 var hhv. 39,5 pct. og 38,0 pct. af de valgte politikere kvinder (Danmarks Statistik 2014; 2018). Kvindeandelen er også vokset lokalt og nationalt, men samme ligelige repræsentation af mænd og kvinder er endnu ikke opnået ved kommunal- eller folketingsvalg, hvor kvindeandelen ved de seneste valg var hhv. 36,0 pct. og 43,6 pct. (Kjær 2023: 21).

Aldersfordelingen i regionsrådene har på den anden side været ganske stabil. Gennemsnitsalderen på de indvalgte politikere ved valget i 2021 var 53,8 år. Blandt de opstillede kandidater var den 53,0 år (Danmarks Statistik 2022a). Ved valget i 2017 var gennemsnitsalderen på de valgte 53,4 år (Danmarks Statistik 2018), ved valget i 2013 var den 52,8 år (Danmarks Statistik 2014) mod 54,4 år ved valget i 2009 (Danmarks Statistik 2010). Gennemsnitsalderen i vælgerbefolkningen var pr. 1./1. 2022 49,7 år (Danmarks Statistik, Statistikbanken). Den gennemsnitlige regionspolitiker har således konsekvent været nogle år ældre end den gennemsnitlige vælger. Gennemsnitsalderen i kommunalbestyrelserne har ved de tre seneste valg været ca. 51 år (Danmarks Statistik 2014; 2018; 2022).

Spørger man vælgerne, synes mange, at repræsentativitet i forhold til køn og alder er vigtig. 46 pct. erklærede sig i 2021 således helt eller delvist enige i, at det er vigtigt, at fordelingen af mænd og kvinder blandt regionspolitikere ligner fordelingen blandt vælgerne. 22 pct. var dog helt eller delvist uenige heri. Med hensyn til alder var 42 pct. helt eller delvist enige i, at det er vigtigt, at der er stort set samme aldersfordeling i regionsrådet som blandt vælgerne, imens 26 pct. erklærede sig helt eller delvist uenige heri. Men noget som de finder vigtigere, er geografisk repræsentation. 68 pct. var helt eller delvist enige i, at det er vigtigt at regionspolitikere kommer fra forskellige geografiske dele af regionen (Kjær 2023: 96). Det gør sig også gældende i forhold til vælgernes personlige stemmeafgivning. Blandt dem, som angav at have stemt personligt, sagde 78 pct., at kandidatens køn ingen betydning havde for, at de valgte at stemme på netop denne kandidat ved regionrådsvalget. 13 pct. angav at køn havde nogen betydning, og kun 9 pct. angav, at det havde stor betydning. Ligeledes angav kun 8 pct., at kandidatens alder havde betydning for deres stemme, 30 pct. at det havde nogen betydning, og 62 pct. at det havde ingen betydning. Til sammenligning angav hele 33 pct., at det havde stor betydning, at kandidaten kommer fra samme del af regionen som dem selv (ibid.: 66-67). Kjær (2023) viser i en udførlig analyse, at der er ganske stor geografisk spredning på de opstillede kandidater på tværs af regionernes kommuner, og at den geografiske repræsentation i regionsrådet er ganske høj, når den beregnes i forhold til såvel største kommune i regionen, regionens politiske 'hovedstad' og forskellige kommunestørrelser (ibid.: 93-95).

Det ville også være interessant at undersøge regionspolitikernes uddannelses- og erhvervmæssige baggrund, men oplysninger om dette er ikke nemt tilgængelige. Særligt politikernes erhvervmæssige baggrund er interessant i og med at regionspolitikere (med undtagelse af regionsrådsformanden) er deltidspolitikere, og således for manges vedkommende ved siden af det politiske hverv også er aktive på arbejdsmarkedet. I en spørgeskemaundersøgelse blandt regionspolitikere i 2009 (Mouritzen 2010b) angav 54,7 pct. at være i beskæftigelse, 40,2 pct. at være ude af erhverv (pensionist o.l.), 1,7 pct. at være gift uden selverhverv, 2,6 pct. at være medhjælpende ægtefælle, og 0,9 pct. at være studerende. Af dem i beskæftigelse angav 62 pct. at være ansat i en privat virksomhed, 12 pct. at være ansat i en kommune, 10 pct. i en region og 17 pct. i en anden del af den offentlige sektor. Et forbehold ved disse tal er dog, at kun 117 af de 205 adspurgte regionspolitikere svarede på spørgsmålene. Men intet i disse tal tyder på, at regionsrådene er befolket med sundhedsprofessionelle, som i den forstand 'styrer sig selv'. Det gjaldt heller ikke amternes tid. De mest udbredte erhvervskategorier var her 'gårdejer' og 'lærer/overlærer' (Madsen 2012: 62).

Borgernes kendskab til, interesse for og tilfredshed med det regionale niveau

Indtil videre har vi hovedsageligt set på objektive indikatorer for det regionale demokrati såsom valgdeltagelsen, antal kandidater pr. mandat, antal opstillede og indvalgte partier/lister og regionspolitikernes køn, alder, og erhvervsmæssige baggrund. Mindst lige så vigtig er vælgernes subjektive vurdering af det regionale demokrati. Det er afgørende, at der er tillid og opbakning til det politiske system, at borgerne har kendskab til og interesse for, hvad der sker politisk, at de har en tro på, at de er kompetente til at deltage politisk, og endelig at de er tilfredse med den service, som regionen leverer (og mere generelt at det politiske system opleves som effektivt til at løse vigtige problemer). Fem centrale indikatorer for et decentralt politisk systems demokratiske 'sundhedstilstand' er således 1) vælgernes politiske interesse, 2) deres politiske viden og 3) politiske 'selvtillid', 4) deres tillid til det politiske system og de valgte politikere, og 5) tilfredsheden med den offentlige service (Denters m.fl. 2014, se også Kjær 2023 og Pedersen m.fl. 2022 og Kjær og Mouritzen 2003). Nedenfor vil vi se nærmere på, hvad vi ved om hver af disse fem indikatorer i forhold til det regionale niveau.

Politisk interesse:

Et velfungerende regionaldemokrati forudsætter, at vælgerne følger med i, hvad der sker politisk, og hvordan det går på de regionale politikområder. Når det gælder vælgernes interesse for regionalpolitik, findes der dog kun lidt ældre tal. Mouritzen (2010a) spurgte i 2009 et udsnit af vælgerne om, hvor interesseret de var i politik på hhv. regionalt, kommunalt og nationalt niveau. Svarene viste en markant lavere interesse for regionalpolitik end både kommunal- og landspolitik. På en skala fra 0-100, hvor højere værdier angiver større interesse, scorede interessen for regionalpolitik 32, imens interessen for kommunal- og landspolitik var på hhv. 48 og 62. Mouritzen konkluderer dog samtidig på baggrund af en sammenligning med tal fra 2006, "at reformen af det regionale niveau ikke har ført til noget, der kan kaldes væsentlige ændringer i befolkningens politiske interesse (ibid.: 285).

Kjær (2023) giver desuden en indirekte indikation på vælgernes interesse for regionalpolitik ved i 2021 at spørge om, hvor interesserede de har været i den netop afsluttede regionale valgkamp. Her angiver kun 7 pct. at have været meget interesserede, 23 pct. at den har haft nogen interesse, imens 45 pct. siger, at den kun har interesseret dem lidt, og 25 pct. at de slet ikke har været interesseret i den. Han sammenligner desuden dette med vælgernes interesse for den kommunale valgkamp, hvor 15 pct. angiver at have været meget interesserede, og kun 11 pct. angiver at den slet ikke har

interesseret dem (ibid.: 113-114). Igen fremgår interessen for de politiske processer på regionalt niveau altså lavere end for kommunalpolitikken. Kjær (2023) giver også en anden indikation på interessen for regionalpolitik ved at spørge om vælgernes interesse for politiske spørgsmål på forskellige niveauer. Adspurgt om, hvad de interesser sig mest for, angav kun 3 pct. regionalpolitiske spørgsmål, 11 pct. angav at være mest interesserede i kommunalpolitiske spørgsmål, og 43 pct. angav, at det landspolitiske interesser dem mest. En stor andel (30 pct.) angav dog at være lige interesseret i politiske spørgsmål på de forskellige niveauer (ibid.: 129).

Politisk viden:

Ligesom politisk interesse er et vist niveau af viden om regionalpolitik en forudsætning for at vælgerne kan deltage kvalificeret i den politiske proces. Det gælder både i forhold til valghandlingen, og den dobbelttredede funktion der er i at stemme på personer eller partier, som i den kommende valgperiode skal repræsentere ens synspunkter og interesser, og i at sanktionere om den førte politik i den forudgående valgperiode har været i overensstemmelse med ens ønsker, men det gælder også i forhold til politisk deltagelse mellem valgene.

Spørger man vælgerne selv, er deres viden om regionalpolitik meget begrænset. Da Kjær (2023) spurgte i 2021 angav kun 11 pct., at de mener at være meget godt eller godt informeret om regionalpolitik. 31 pct. angav at være nogenlunde informeret, 38 pct. at være kun lidt informeret, og 20 pct. at de slet ikke mener, at være informeret om regionalpolitik. Flere følte sig godt informeret om kommunalpolitik, hvor 27 pct. angav at være meget godt eller godt informeret, og kun 8 pct. angav slet ikke at være informeret om kommunalpolitik (ibid.: 114-115). Det er i den sammenhæng værd at gentage, at kommunalvalget ser ud til at få en langt større mediemæssig bevågenhed end regionsrådsvalget (ibid.: 26), og at regionerne generelt har en lav synlighed i medierne (Elmelund-Præstekær 2010).

Mouritzen (2010) spurgte også til vælgernes vurdering af egen viden om regionalpolitik.

Svarskalaen er ikke direkte sammenlignelig med den Kjær (2023) bruger, men igen er billedet et lavt vidensniveau. I 2009 angav kun to pct. at have stor viden, 26 pct. angav at have nogen viden, 51 pct. at have ringe viden og 20 pct. at de slet ikke har nogen viden om regionalpolitik. Disse tal sammenlignes desuden med vælgernes viden om amtspolitik på baggrund af tal fra 1998.

Sammenligningen indikerer et mindre fald i vælgernes viden siden amternes tid, hvor godt nok kun 1 pct. angav at have stor viden om amtspolitik, imens 36 pct. angav at have nogen viden, og kun 10 pct. angav, at de slet ikke havde nogen viden om amtspolitik.

Mouritzen undersøgte også det faktiske vidensniveau ved at spørge om, hvorvidt de adspurgte kendte navnet på regionsrådsformanden i deres region, hvilket parti han/hun tilhørte, og hvilket parti som havde flest medlemmer i regionsrådet. Han stillede desuden tilsvarende spørgsmål vedrørende det kommunale niveau. Svarene på de tre spørgsmål blev efterfølgende samlet i et indeks for 'samlet viden', som blev konstrueret sådan, at rigtige svar på alle tre spørgsmål gav en score på 100, og tre forkerte svar gav en score på 0. Målt på denne måde var den samlede viden om regionalpolitik 38, imens den var 68, når det gjaldt viden om kommunerne. Vælgerne vidste med andre ord væsentlig mere om, hvad der skete politisk i deres kommune, end de gjorde i forhold til det regionale niveau. Et enkelt spørgsmål, kendskabet til regionsrådsformandens parti, kunne desuden sammenlignes med en måling i amternes tid. Hvor 49 pct. i 2009 kendte regionsrådsformandens parti, kunne 66 pct. angive dette for amtsborgmesteren i 1998. Mouritzen konkluderer derfor, at "[b]efolkningens viden om regionerne er faldet betydeligt i sammenligning med dens viden om amterne" (ibid.: 289).

Politisk selvtillid:

Ligesom at vælgernes faktuelle viden om politik er væsentlig, er det også vigtigt, om de subjektivt opfatter sig selv som kompetente til at forstå og deltage i politik, hvilket beskrives som 'politisk selvtillid' (Pedersen m.fl. 2022: 40).

For at måle vælgernes politiske selvtillid i forhold til regionalpolitik har Kjær (2023) i 2021 spurgt et udsnit om, hvor enige de var i udsagnet: "Jeg ved så lidt om, hvad der sker i regionsrådet, at jeg egentlig ikke burde stemme ved regionalvalget".¹¹ Det angav hele 29 pct. at være helt eller delvist enige i. 42 pct. angav, at de var helt eller delvist uenige. Ganske mange føler sig altså ikke vidende nok til, at de i det hele taget burde stemme. Den politiske selvtillid er noget højere, når det gælder kommunalpolitikken. Til samme spørgsmål angav 20 pct. godt nok, at de ved så lidt om, hvad der sker i kommunalbestyrelsen, at de ikke burde stemme ved kommunalvalget, men væsentlig flere, 62 pct., erklærede sig helt eller delvist uenige heri (ibid.: 116). Det er ikke muligt at sammenholde vælgernes politiske selvtillid i forhold til regionalpolitik med, hvordan den var i amternes tid, men vi ved fra studierne af kommunerne, at vælgernes politiske selvtillid faldt som følge af

¹¹ Der indgår flere dimensioner i begrebet 'politisk selvtillid' (se Lassen og Serritzlew 2011). Ovennævnte spørgsmål om, hvor informeret vælgerne mener de er om regional-/kommunalpolitik, anses også normalvis som en indikator for 'politisk selvtillid'.

kommunesammenlægningerne i forbindelse med Strukturreformen i 2007 (Lassen og Serritzlew 2011).

Politisk tillid:

I et repræsentativt demokrati 'autoriserer' vælgerne på valgdagen nogen til at træffe politiske beslutninger på deres vegne. Det er derfor vigtigt, at de har tillid til, at de valgte repræsentanter gør et godt stykke arbejde, lever op til deres løfter, og lytter til deres holdninger og ønsker. Ellers mister det politiske system sin legitimitet (Pedersen m.fl. 2022: 49).

Spørger man til vælgernes tillid til regionspolitikere i almindelighed, som Kjær (2023) gjorde i 2021, fremgår det, at et flertal (57 pct.) har meget stor eller ret stor tillid, men et stort mindretal (43 pct.) har samtidig kun ret lille eller meget lille tillid til de valgte repræsentanter. Sidstnævnte kan, som Kjær fremhæver, opfattes som bekymrende for regionernes politiske legitimitet, men påpeger samtidig, at politikere sjældent ligger højt på tillidsbarometeret. Tilliden til regionspolitikere er da også på niveau med den tillid, vælgerne udtrykker til kommunalpolitikere i samme undersøgelse, hvor 59 pct. angav at have meget stor eller ret stor tillid, og 41 pct. angav en ret lille eller meget lille tillid til de folkevalgte i kommunerne (ibid.: 117-118).

Udover at spørge til tilliden i almindelighed spurgte Kjær (2023) også ind til tre ofte fremhævede underdimensioner af politisk tillid: politikernes integritet, -kompetence og deres lydhørhed. Det samme gjorde Mouritzen (2010) i sin undersøgelse fra 2009. Han sammenlignede desuden tilliden til regionspolitikere med svarene fra en undersøgelse af vælgernes tillid til amtspolitikere i 1998.

I forhold til politikernes integritet blev der spurgt til, om de gennemgående holder deres løfter til vælgerne. I 2021 var 30 pct. af de adspurgte vælgere helt eller delvist enige i dette, 54 pct. var hverken enige eller uenige, og 16 pct. angav, at de var helt eller delvist uenige. Det modsvarer nogenlunde opfattelsen af kommunalpolitikere i samme undersøgelse, hvor lidt flere dog var helt eller delvist enige i, at de gennemgående holder deres løfter (35 pct.), men hvor også væsentlig flere angav at være helt eller delvist uenige heri (27 pct.) (Kjær 2023: 117-118). Det er desuden højere, end tillidsniveauet var i regionernes tidlige leveår. I 2009 angav 28 pct., at de var helt eller delvist enige i, at regionspolitikere gennemgående holder deres løfter, men hele 38 pct. angav, at de var helt eller delvist uenige heri (Mouritzen 2010a: 291).¹²

¹² Mouritzen (2010) præsenterede spørgsmålene på en omkodet 0-100 skala.

Når det gælder politikernes kompetence, blev der spurgt til, om man i almindelighed kan stole på, at de træffer de rigtige beslutninger for regionen. I Kjærs undersøgelse fra 2021 angav 50 pct., at de var helt eller delvist enige i dette, mens 14 pct. var helt eller delvist uenige. Det modsvarer igen vælgernes opfattelse af kommunalpolitikere i samme undersøgelse, hvor lidt flere var helt eller delvist enige i, at man kan stole på, at kommunalpolitikere i almindelighed træffer de rigtige beslutninger (55 pct.), men hvor også lidt flere erklærede sig helt eller delvist uenige heri (19 pct.) (Kjær 2023: 118). Det er igen også højere end tillidsniveauet i regionernes første leveår. I 2009 angav 40 pct., at de var helt eller delvist enige i, at regionspolitikere almindeligvis træffer de rigtige beslutninger, mens 32 pct. var helt eller delvist uenige heri (Mouritzen 2010a: 291).

I forhold til politikernes lydhørhed er de afrapporterede spørgsmål i de to undersøgelser ikke direkte sammenlignelige. Kjær (2023) spurgte til, om regionspolitikere gennemgående tager for lidt hensyn til, hvad vælgerne mener. Samme spørgsmål indgik dog i undersøgelsen fra 2009, og afrapporteres derfor her. I 2021-undersøgelsen angav 32 pct. at være helt eller delvist enige i, at politikere tager for lidt hensyn til, hvad vælgerne mener, imens 24 pct. angav at være helt eller delvist uenige i dette. Her klarer regionalpolitikere sig marginalt bedre end deres kollegaer i kommunalbestyrelserne. 41 pct. af de adspurgte vælgere angav i samme undersøgelse, at de var helt eller delvist enige i, at kommunalpolitikere tager for lidt hensyn til, hvad vælgerne mener, men lidt flere var dog også helt eller delvist uenige heri (29 pct.) (Kjær 2023: 118). Væsentlig værre så det ud i 2009, hvor hele 52 pct. angav at være helt eller delvist enige i samme spørgsmål, hvorimod 25 pct. erklærede sig helt eller delvist uenige.

Når det gælder udviklingen i den politiske tillid siden amterne, registrerer Mouritzen (2010) kun et ganske lille fald i den samlede tillid til politikere (ibid.: 292).¹³ Ovenstående sammenligning mellem Kjærs undersøgelse fra 2021 og Mouritzens fra 2009 indikerer desuden, at den politiske tillid i nogen grad er vokset i løbet af regionernes levetid.

Servicetilfredshed:

Den sidste indikator på den demokratiske 'sundhedstilstand' forholder sig ikke direkte til vælgernes oplevelse af det politiske system eller de valgte politikere, men i stedet til tilfredsheden med de

¹³ Den samlede tillid til hhv. amts-/regionspolitikere er målt i et indeks bestående af fire spørgsmål: "Man kan i almindelighed stole på, at amts-/regionspolitikere træffer de rigtige beslutninger for amtet/regionen", "Amts-/regionspolitikere holder gennemgående deres løfter til vælgerne", "Amts-/regionspolitikere har gennemgående en god fornemmelse for, hvad almindelige mennesker tænker", og "I det store hele er de beslutninger, der træffes af vores amts-/regionspolitikere, truffet på et sagligt og forsvarligt grundlag" (Mouritzen 2010a: 291).

offentlige ydelser, som det politiske niveau har ansvaret for. Det handler således i mindre grad om de demokratiske/ politiske processer, som om tilfredsheden med det *output* det politiske system leverer. Der er blevet argumenteret for, at et politisk systems legitimitet i lige så høj grad, eller endnu højere grad, afhænger af output-siden ('regeringsførelsen') som input-siden (valghandlingerne) (se Rothstein 2009). For regionernes vedkommende handler det naturligvis i altovervejende grad om tilfredsheden med serviceniveauet på sundhedsområdet. Kjær (2023) spurgte i 2021 til, hvor tilfredse vælgerne i almindelighed er med servicen i deres region på en skala fra 0 til 10. Gennemsnitssvaret var 6,8, hvilket Kjær betegner som en jævn tilfredshed (ibid.: 119-120). Han spurgte i samme ombæring også til vælgeres tilfredshed med det kommunale serviceniveau. Her var gennemsnitssvaret 6,7 (ibid.). Vælgeres tilfredshed med serviceniveauet i hhv. regioner og kommuner er med andre ord for alle praktiske formål ens.

Er patienten syg?

Dele af ovenstående kan vække bekymring i forhold til 'sundhedstilstanden' af det regionale demokrati. Det gælder særligt vælgeres lave politiske interesse, lave viden om regionalpolitik og lave 'politiske selvtillid', hvor næsten en tredjedel angiver, at de ved så lidt om, hvad der sker i regionsrådet, at de egentlig ikke burde stemme ved regionalvalget. Men målt på andre parametre er det regionale demokrati mere velfungerende. Det gælder i forhold til valgdeltagelsen og den politiske- og demografiske repræsentativitet. Vælgeres tillid til regionspolitikere er måske lidt lunken, men den adskiller sig ikke fra den tillid, som de har, til politikere i kommunerne. Og den politiske tillid ser ud til i nogen grad at være vokset i løbet af regionernes levetid. Tilfredsheden med den service, som regionerne leverer, er måske også ligeledes lidt lunken, men igen ikke forskellig fra vælgeres tilfredshed med det kommunale serviceniveau. Hovedparten af vælgerne er da også helt overordnet tilfredse med, hvordan det regionale demokrati fungerer i deres region, når alt tages i betragtning. Da Kjær (2023) spurgte om dette i 2021 angav 85 pct., at de var meget tilfreds eller noget tilfreds. Kun 3 pct. svarede, at de slet ikke var tilfredse (ibid.: 109-110).¹⁴ Målt på den måde kan patienten således ikke siges at have feber.

¹⁴ Det er dog værd at bemærke, som Kjær (2023) gør opmærksom på, at ganske mange svarede 'ved ikke' til spørgsmålet, hvilket kan afspejle den lave interesse, viden og 'selvtillid' blandt vælgerne i forhold til regionalpolitik.

Den politiske styreform

Måden det politiske arbejde organiseres i et decentralt politisk system har stor betydning for de politisk-administrative processer. Den politiske styreform fastsætter, hvilke politiske organer det politiske system har, og hvordan den indbyrdes fordeling af opgaver, ansvar og kompetencer er imellem disse organer, herunder arbejdsdelingen mellem det politiske og administrative niveau (Dyhrberg, Krogh og Opstrup 2010: 42).¹⁵ Den rammesætter derfor samspillet mellem de folkevalgte i det politiske system ved at definere arbejdsdelingen mellem de forskellige politiske organer og mellem de enkelte folkevalgte i de givne organer. Styreformen har således afgørende betydning for de politiske beslutningsprocesser, herunder beslutningsprocessernes gennemsigthed og åbenhed, og hvor klart ansvaret for de politiske beslutninger fordeles blandt de folkevalgte. Dermed har styreformen også afgørende betydning for vælgernes mulighed for at øve indflydelse på og føre kontrol med de politiske beslutningstagere imellem valgene, og for at holde dem ansvarlige for de politiske beslutninger ved næste valg. Endelig rammesætter styreformen også samspillet mellem det politiske og det administrative niveau ved at definere arbejdsdelingen mellem politikere og embedsfolk (Berg 2004: 4-5).

Vi skal i dette afsnit se nærmere på regionernes politiske styreform, og hvilken rolle og betydning centrale politiske organer og aktører har. Slutteligt skal vi se på, hvordan den politiske styreform i regionerne afvejer en række hensyn i forhold til det politiske systems funktion og det regionale demokrati.

Centrale politiske organer og aktører

Som beskrevet ovenfor blev udvalgsstyret, som man kendte fra amterne, og som forsat er den fremherskende styreform i kommunerne, erstattet med et 'fleksibelt forretningsudvalgsstyre' - nogle gange benævnt 'rådsmodellen' - da man gik fra amter til regioner. Der var et funktionelt argument herfor. I lovforslaget til Lov om regioner og amtskommunernes nedlæggelse blev det fremhævet, at grundvilkårene for regionernes virke er markant ændrede i forhold til amterne, hvorfor regeringen ikke finder udvalgsstyret hensigtsmæssigt (Glavind og Kirkegaard 2006: 194). Men der var også en

¹⁵ En politisk styreform kan defineres som en formel institution, der foreskriver et bestemt regelsæt for eksistensen af bestemte politiske organer, for valget og sammensætningen af disse organer, for den indbyrdes fordeling af opgaver, ansvar og kompetencer mellem disse organer, herunder arbejdsdelingen mellem det politiske og det administrative niveau og endelig de formelle rammer for de folkevalgtes virke (Dyhrberg, Krogh og Opstrup 2010: 42).

klar politisk logik på spil. Både de konservative og Dansk Folkeparti ønskede, at regionerne på ingen måde mindede om de tidligere amter, og en måde at sikre dette var at opfinde en styreform, som adskilte sig fra udvalgsstyret (Krogh 2010a: 11). Resultatet blev som bekendt et 'fleksibelt forretningsudvalgsstyre'/ en 'rådsmodel'.

Regionsloven fastsætter, at regionernes anliggender styres af et regionsråd, der vælges efter reglerne om afholdelse af valg til regionsråd i lov om kommunale og regionale valg. Regionsrådet skal bestå af 41 medlemmer, som selv vælger en formand samt to næstformænd for regionsrådet. Valget af formand og næstformænd har virkning for regionsrådets funktionsperiode. Der er med andre ord ikke parlamentarisme, og regionsrådet kan således ikke afsætte regionsrådsformanden eller næstformændene i løbet af valgperioden. Regionsrådsformanden er eneste fuldtidspolitiker i regionen, og han/hun leder møderne i regionsrådet og har den øverste daglige ledelse af regionens administration.

Regionsrådet nedsætter desuden et forretningsudvalg med mindst 11 og højst 19 medlemmer, hvor regionsrådsformanden er født formand. Forretningsudvalget varetager de samme funktioner som et økonomiudvalg i kommunerne, og forretningsudvalgets erklæring skal indhentes om enhver sag, der forelægges regionsrådet til beslutning. Regionsrådet bestemmer desuden, hvorvidt varetagelsen af den umiddelbare forvaltning af regionens øvrige anliggender helt eller delvis henlægges til forretningsudvalget eller regionsrådet. Som tidligere nævnt valgte alle regioner med undtagelse af Region Syddanmark i udgangspunktet at placere ansvaret for den umiddelbare forvaltning i forretningsudvalget. Regionsrådet kan desuden bestemme sig for, at varetagelsen af den umiddelbare forvaltning, der kan henlægges til regionsrådet, i stedet placeres i et eller flere stående udvalg. Sidstnævnte var i første omgang ikke muligt. I regionernes første leveår kunne de som nævnt ovenfor kun nedsætte særlige (ikke-beslutningsdygtige) udvalg af forberedende eller rådgivende karakter. En yderligere betingelse var, at hvis regionspolitikere skulle kunne oppebære vederlag for udvalgsarbejdet, måtte de særlige udvalg kun "...nedsættes for en periode på højst et år til varetagelse af opgaver af midlertidig karakter" (Krogh 2010a: 17).

I den nuværende valgperiode har fire regioner (Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Syddanmark, og Region Midtjylland) valgt at placere ansvaret for den umiddelbare forvaltning

(som ikke pr. lov er henlagt til forretningsudvalget)¹⁶ i regionsrådet. Region Nordjylland har placeret ansvaret for hovedparten af den umiddelbare forvaltning i forretningsudvalget. Alle regioner har samtidig nedsat et antal stående udvalg, men altså valgt ikke at give dem budget- eller driftsansvar. De har i stedet en politikformulerende og politikkontrollerende rolle (Bhatti og Madsen 2017).

Ovenstående giver et indtryk af de centrale politiske organer og -aktører i regionerne: Regionsrådet, regionsrådsformanden, forretningsudvalget, og de stående udvalg. Nedenfor skal vi se nærmere på hver af disse rolle og betydning. En vigtig aktør, der dog ikke nævnes i regionsloven, men hvis rolle og betydning vi også skal se nærmere på, er administrationen.

Regionsrådet:

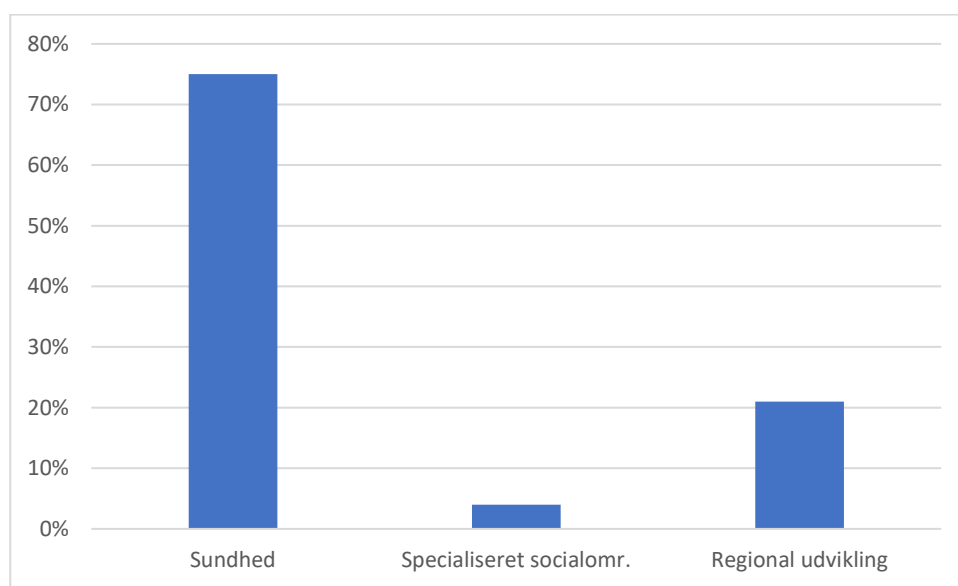
Regionsrådet er det øverste beslutningstagende organ, og træffer således de endelige beslutninger på baggrund af indstillinger fra forretningsudvalget og typisk også det eller de relevante stående udvalg. I de regioner, hvor ansvaret for den umiddelbare forvaltning er placeret i regionsrådet, vil den endelige beslutning for langt de fleste sager vedtages her. I de regioner, hvor den umiddelbare forvaltning er henlagt til forretningsudvalget, vil de endelige forvaltningsmæssige beslutninger, som vedrører den umiddelbare forvaltning af regionens anliggender, kunne afgøres her.

Der afholdes regionsrådsmøde ca. én gang om måneden. Møderne er åbne for offentligheden, hvilket gør, at den politiske diskussion får en mere formel karakter. Regionsrådsformanden leder møderne, og fremlægger de politiske sager, nogle gange suppleret af udvalgsformanden eller medlemmer fra det relevante stående udvalg. Derefter følger en runde, hvor de politiske partier har mulighed for at kommentere på sagen. Det er i reglen partiets 'ordfører' indenfor det relevante sagsområde, og som typisk er medlem af det stående udvalg for området, der kommenterer sagen. Indlæggene har typisk karakter af 'offentlige markeringer' af partiets holdning. Direkte politiske diskussioner er sjældne. Det er derfor også sjældent her, at de politiske sager formes og forhandles på plads. Det er i stedet på regionsrådsmødet, at de politiske beslutninger formelt vedtages, og således her politikerne kan markere sig ved at stemme for eller imod eller sende en indstilling tilbage i systemet til yderligere politisk bearbejdelse (Dyhrberg 2010: 93-95).

¹⁶ Forretningsudvalget varetager som minimum den umiddelbare forvaltning af anliggender, der vedrører regionens kasse- og regnskabsvæsen og løn- og personaleforhold.

Emnemæssigt optager sundhedsområdet ikke overraskende størstedelen af tiden på regionsrådsmøderne. Ser man på dagsordenspunkterne til regionsrådsmøderne i de fem regioner i 2022 optog sundhed 75 pct. af dagsordenen, regional udvikling udgjorde 21 pct. af dagsordenspunkterne, imens det specialiserede socialområde kun fyldte 4 pct (se figur 1 nedenfor). Der er i disse tal frasorteret dagsordenspunkter omhandlende andet end et af regionernes tre hovedopgaveområder.

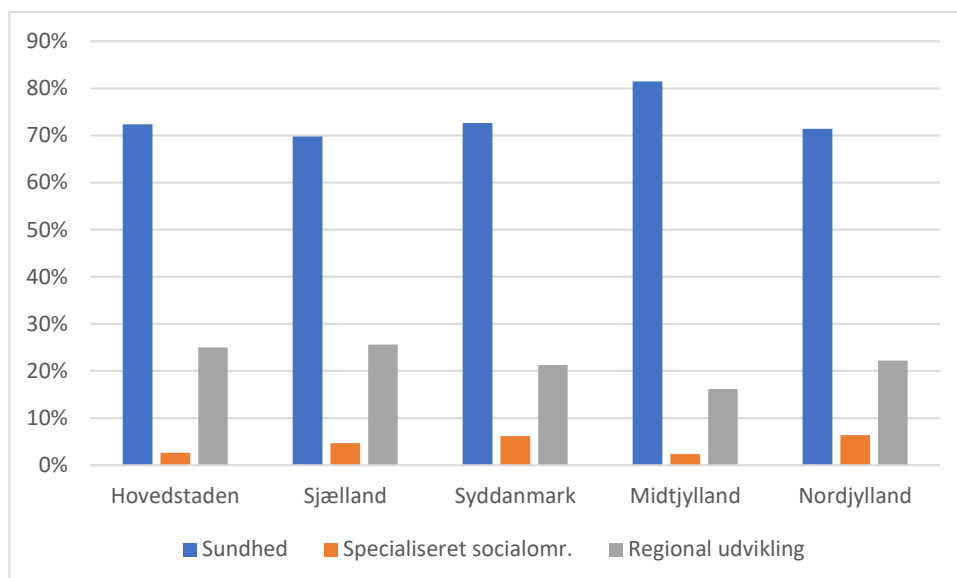
Figur 1: Dagsordenspunkter på regionsrådsmøderne i 2022



N=528

Der er mindre variationer i, hvor meget de tre hovedopgaveområder fylder på regionsrådets dagsorden på tværs af de fem regioner. I Region Midtjylland omhandlede 81 pct. af dagsordenspunkterne sundhed i 2022 mens regional udvikling og socialområdet udgjorde hhv. 16 og 2 pct. I Region Sjælland derimod fyldte sundhed 'kun' 70 pct., imens regional udvikling og socialområdet optog hhv. 26 og 5 pct. af dagsordenspunkterne (se figur 2 nedenfor). En yderligere observation på baggrund af figur 2 er, at der er store forskelle mellem regionerne i forhold til, hvor mange dagsordenspunkter, der er på regionsrådsmøderne.

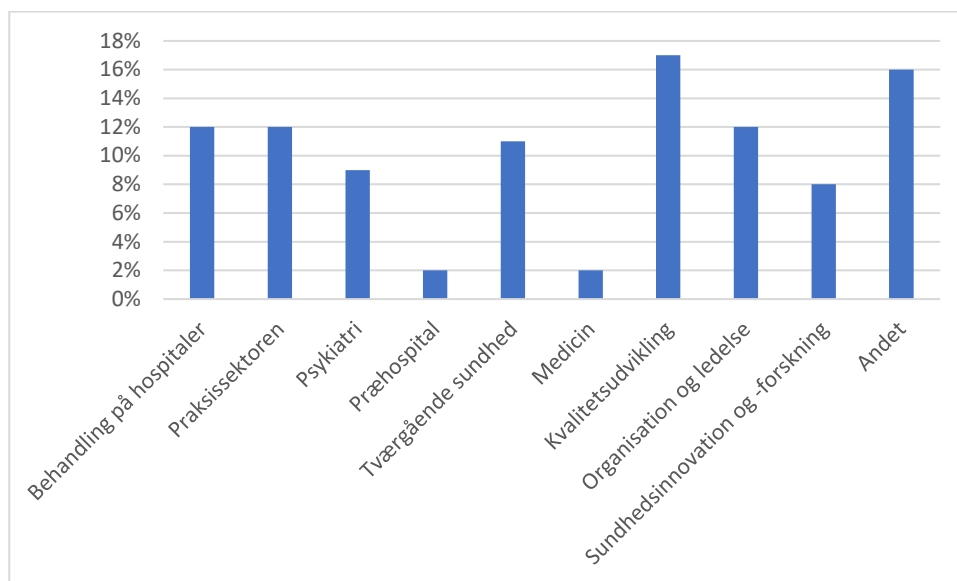
Figur 2: Dagsordenspunkter på regionsrådsmøderne i 2022 fordelt på regioner.



N (Hovedstaden)=76/ N(Sjælland)=43/ N(Syddanmark)=179/ N(Midtjylland)=167/ N(Nordjylland)=63

Sundhedsområdet indeholder flere underområder, hvorfor det også kan være interessant at se nærmere på, hvilke emner som er på dagsordenen. Som det fremgår af figur 3 nedenfor, fyldte 'behandling på hospitaler' og 'praksissektoren' det samme (12 pct.) på dagsordnerne til regionsrådsmøderne i 2022, imens 'psykiatrien' fyldte lidt mindre (9 pct.). Tallene er dog lidt misvisende, da nogle af de andre store emner såsom 'kvalitetsudvikling', 'organisation og ledelse' og 'sundhedsinnovation og -forskning' i mange tilfælde indirekte relaterer til hospitalsområdet. Endelig skal det bemærkes, at 'andet-kategorien' er ganske stor. Det skyldes, at emner omkring anlæg (f.eks. etablering og opførelse af de nye 'supersygehuse') indgår her. I Region Hovedstaden er 38 pct. af 'sundhedsdagsordenspunkterne' således kodet som 'andet', hvilket først og fremmest skyldes en række kvartalsrapporter for Nyt Hospital Herlev, Nyt Hospital Bispebjerg, Nyt Hospital Hvidovre osv.

Figur 3: Sundhedsemner på dagsordenen til regionsrådsmøder i 2022



N=396

Hvis vi skal vurdere regionsrådsmødernes betydning i den politiske beslutningsproces, har vi ikke aktuelle tal til at gøre dette, men i 2009 blev regionspolitikere spurgt om deres vurdering af forskellige politiske organers betydning og arbejdet i bl.a. regionsrådet. Det var altså før, at regionerne fik mulighed for at nedsætte stående udvalg. Men tallene indeholder en interessant variation i og med, at Region Syddanmark allerede dengang havde henlagt ansvaret for (hovedparten) af den umiddelbare forvaltning til regionsrådet, hvorimod de fire øvrige regioner havde placeret den i forretningsudvalget. Altså på sin vis den modsatte situation end den nuværende, hvor fire regioner (Hovedstaden, Sjælland, Syddanmark og Midtjylland) har placeret den umiddelbare forvaltning i regionsrådet, og en region (Nordjylland) har lagt hovedparten i forretningsudvalget (jf. tidligere).

Regionsrådets indflydelse på centrale politiske beslutninger blev vurderet lidt lunken af regionspolitikere med en score på 66 på en skala fra 0-100 (Dyhrberg og Opstrup 2010a: 133).¹⁷ Men regionspolitikernes vurdering af regionsrådets indflydelse (dog målt lidt anderledes) var højere

¹⁷ Regionsrådets indflydelse på andre politiske lederskabsopgaver blev ligeledes vurderet begrænset ud fra samme skala. F.eks. bidrag til formulering af overordnede politiske visioner (66), konkrete politiske initiativer (58), skabelse af kompromisser og konsensus i den politiske beslutningsproces (55), indflydelse på gennemførelsen af de politiske beslutninger (50) og den løbende drift (45) (se Dyhrberg og Opstrup 2010a).

end amtsrådspolitikernes vurdering af, hvilken betydning amtsrådsmøderne havde (Dyhrberg 2010: 96-97).

Interessant nok blev regionsrådets indflydelse ikke vurderet højere af politikerne i Region Syddanmark, end den gjorde af politikerne i de øvrige regioner. Der, hvor der var en forskel, var i forhold til vurderingen af de daværende midlertidige udvalgs indflydelse, som blev vurderet relativt højere i Syddanmark end i de øvrige regioner. Tolkningen var her, at det kunne skyldes, at placeringen af den umiddelbare forvaltning i regionsrådet øgede udvalgsarbejdets betydning, da regionsrådsmødet med 41 medlemmer var et uhensigtsmæssigt stort forum til at behandle driftsafgørelser (Krogh 2010b: 182-183) og underforstået, at beslutningerne 'sivede ned' i udvalgene frem for kun at ende i forretningsudvalget. Hvor 87 pct. af de menige politikere udenfor forretningsudvalget i de fire regioner, hvor den umiddelbare forvaltning var henlagt til forretningsudvalget, erklærede sig enige i, at det kun reelt var forretningsudvalget, der inddrages i væsentlige politiske beslutninger, og 4 pct. var uenige, var det kun 34 pct. af politikerne i Region Syddanmark, som erklærede sig enige i udsagnet, imens 57 pct. var uenige i det (Opstrup 2010: 247). De menige politikere i Region Syddanmark vurderede desuden deres egen relative indflydelse højere end deres kollegaer i de øvrige regionsråd (dog med undtagelse af politikerne i Region Hovedstaden) (ibid.: 251).

Alt i alt er der således en indikation på, at placeringen af den umiddelbare forvaltning i regionsrådet (fremfor i forretningsudvalget) kan være med til at flytte indflydelse fra netop forretningsudvalget til udvalgene og derigennem også til de menige politikere, som ikke har plads i forretningsudvalget.

Inden vi ser mere på forretningsudvalgets rolle, skal vi dog først kigge nærmere på regionsrådsformanden.

Regionsrådsformanden:

Formelt er regionsformandens politiske magt ganske begrænset, men reelt vil han/hun typisk være den helt centrale politiske aktør i regionsrådet. Det er ikke forskelligt fra, hvordan det forholder sig for borgmestrene i kommunerne (Berg og Kjær 2005: 9). De to funktioner er da også grundlæggende set ens. Kapitlet i regionsloven, der beskriver regionsrådsformandens rolle, specificerer således blot, at "Lov om kommunernes styrelse §§ 30-33 om kommunalbestyrelsens formand og næstformand finder tilsvarende anvendelse for regionsrådets formand og næstformænd". Men det er blevet fremført, at regionsrådsformanden i endnu højere grad end

borgmestrene i kommunerne og i de tidligere amter har 'den politiske scene' for sig selv, fordi udvalgsformandsposterne ikke har samme vægt som i udvalgsstyret (Dyhrberg og Opstrup 2010a: 168). Christoffersen og Klausen (2009) påpegede således også, at den politiske styreform i et vist omfang bar præg af 'præsidentstyre' (ibid.: 96). Regionsrådsformandens indflydelse bunder først og fremmest i hans/hendes mulighed for (i samspil med administrationen, som han/hun er øverste daglige leder for) at præge den politiske dagsorden. Regionsrådsformanden fungerer så at sige som 'dagsordensfilter' i den politiske beslutningsproces (Dyhrberg 2010: 77).

Da regionspolitikere blev spurgt i 2009, vurderede de, at regionsrådsformanden var den aktør, som samlet set havde størst indflydelse på politikformuleringen. På en skala fra 0-100 blev regionsrådsformandens bidrag til formuleringen af overordnede politiske visioner samt til konkrete politiske initiativer i begge tilfælde vurderet til at være 77 (Dyhrberg og Opstrup 2010a: 128). Men regionsrådsformanden vurderedes også som den vigtigste aktør i forhold til at skabe kompromisser og konsensus i den politiske beslutningsproces (med en score på 74), og som den med størst indflydelse på centrale politiske beslutninger (83). Han/ hun vurderedes desuden til at have stor indflydelse på den faktiske gennemførelse af de politiske beslutninger (79) og den løbende drift (68), her kun overgået af administrationen (se Dyhrberg og Opstrup 2010a).

En klar manifestation af regionsrådsformandens centrale rolle er desuden, at han/hun har ordet markant mere end de øvrige politikere i regionsrådet, hvis man måler den 'indbyrdes taletid'. Hans/hendes taletid på regionsrådsmøderne er mere end 16 gange større end gennemsnittet for de resterende regionspolitikere.¹⁸ Han/hun taler desuden signifikant mere på regionsrådsmøderne, end amtsborgmestrene gjorde på amtsrådsmøderne (Dyhrberg 2010: 103-104). Det indikerer, som nævnt ovenfor, at regionsrådsformanden er helt central på den regionale 'politiske scene'.

Ovenstående tal for taletid er dog også fra regionernes tidlige leveår. Om indførelsen af stående udvalg (dog uden drifts- og budgetansvar) i nogen grad har forrykket på regionsrådsformandens rolle i de regionale politiske beslutningsprocesser, vides ikke.

Forretningsudvalget:

Uanset om ansvaret for den umiddelbare forvaltning henlægges til forretningsudvalget eller i regionsrådet, er forretningsudvalget det centrale politiske udvalg i regionerne. Det skyldes, at forretningsudvalgets erklæring skal indhentes om enhver sag, der forelægges regionsrådet til

¹⁸ Her er frasorteret taletidshændelser, hvor regionsrådsformanden blot giver ordet videre (Dyhrberg 2010: 101).

beslutning. Det skyldes også, at udvalget typisk er sammensat af ledende og erfarne politikere fra de politiske partier i regionsrådet. Endelig er der på møderne en tæt interaktion mellem politikere og embedsmænd, som hjælper til at kvalificere de politiske diskussioner og 'klæde forretningsudvalgsmedlemmerne på' fagligt (Dyhrberg 2010: 85-86).

Næstefter regionsrådsformanden og administrationen vurderedes forretningsudvalget således også at have den tredje højeste indflydelse på centrale politiske beslutninger på ovennævnte 0-100 skala med en score på 74. Det samme gælder i forhold til bidrag til politikformulering (60)¹⁹ og indflydelse på den faktiske gennemførelse af de politiske beslutninger (79) og den løbende drift (68). Forretningsudvalget vurderedes desuden næstvigtigst efter regionsrådsformanden i forhold til at skabe kompromisser og konsensus i den politiske beslutningsproces (se Dyhrberg og Opstrup 2010a). Forretningsudvalgets indflydelse (målt lidt anderledes) vurderedes dog ikke signifikant forskellig i Region Syddanmark, hvor ansvaret for den umiddelbare forvaltning var placeret i regionsrådet, sammenlignet med de fire øvrige regioner, hvor forretningsudvalget havde det fulde ansvar (Dyhrberg 2010: 88).

Grundet forretningsudvalgets centrale position i de politiske beslutningsprocesser, er det blevet fremhævet, at styreformen kan risikere at skabe et A- og B-hold blandt regionspolitikere, alt efter om de sidder i eller er udenfor forretningsudvalget.²⁰ Frygten er, at B-holdet kun vil opleve en sporadisk inddragelse i regionens politiske liv og overordnede ledelse (Christoffersen og Klausen 2009: 55). Som nævnt ovenfor erklærede 87 pct. af de menige politikere udenfor forretningsudvalget i de fire regioner, hvor den umiddelbare forvaltning var henlagt til forretningsudvalget, i 2009 sig enige i, at det kun reelt var forretningsudvalget, der inddrages i væsentlige politiske beslutninger, imens kun 34 pct. af politikerne i Region Syddanmark var enige heri (Opstrup 2010: 247). Det ser således ud til, at placeringen af ansvaret for den umiddelbare forvaltning gør en forskel. Man kan desuden forvente, at muligheden for at nedsætte stående udvalg har reduceret risikoen for opdelingen i et A- og B-hold, da udvalgsarbejdet i højere grad end i de midlertidige udvalg kan give politikerne en fast platform og bidrage til at opkvalificere dem i forhold til det politiske arbejde. Forretningsudvalget må dog samtidig forventes at være vedblevet med at være det centrale politiske udvalg i regionernes politiske arbejde.

¹⁹ Bidrag til formulering af overordnede politiske visioner (69), formulering af konkrete politiske initiativer (68) (Dyhrberg og Opstrup 2010a: 128).

²⁰ Der er pt. 15 medlemmer af forretningsudvalget i Region Hovedstaden, Region Sjælland og Region Nordjylland, og 17 medlemmer i Region Syddanmark og Region Midtjylland.

Stående udvalg:

De særlige (midlertidige) udvalg, som regionerne i begyndelsen kun kunne nedsætte, blev vurderet til at være det politiske organ med mindst indflydelse i de politiske beslutningsprocesser (se også Krogh 2010b).²¹ Hvordan det forholder sig, efter at regionerne har fået mulighed for at nedsætte stående udvalg, vides ikke på samme måde.

Som det fremgår af tabel 3, har regionerne i indeværende valgperiode nedsat mellem fem og otte stående udvalg – Region Midtjylland har fem, Region Syddanmark otte, og de tre resterende regioner har hver seks stående udvalg. Alle regioner har desuden nedsat særlige udvalg efter lov om kommunernes styrelse § 17, stk. 4. Region Midtjylland har nedsat to af disse såkaldte 17-4 udvalg, imens de resterende regioner hver har nedsat et. Sidstnævnte bruges også i stigende grad i kommunerne som et supplement til de stående udvalg (Kjær og Opstrup 2016). Men modsat brugen i kommunerne, hvor 17-4 udvalgene ofte også har eksterne ikke-offentlige aktører blandt medlemmerne (se Kjær, Opstrup og Thomsen 2021), udgøres udvalgene i regionerne udelukkende af regionspolitikere.

Selvom der er forskel i titlerne på udvalgene i tabel 3, er der en høj grad af homogenitet i den regionale udvalgsstruktur. Alle regioner har nedsat et sundheds- eller hospitalsudvalg, et social- og psykiatriudvalg (eller psykiatri- og socialudvalg), et udvalg omhandlende det nære sundhedsvæsen/sundhedstilbud, et udvalg for regional udvikling og et udvalg som beskæftiger sig med klima, miljø mv. Som nævnt har man i ingen af regionerne valgt at placere ansvaret for den umiddelbare forvaltning i de stående udvalg, og således give dem drifts- og budgetansvar. De stående udvalgs opgave er, som det f.eks. beskrives i styrelsesvedtægten for Region Hovedstaden, "...at formulere forslag til den politik, som regionen skal føre på sine ansvarsområder og at påse, at vedtagne politikker føres ud i livet" (Region Hovedstaden 2021), eller som der står i styrelsesvedtægten for Region Syddanmark: "Udvalgene rådgiver regionsrådet i sager indenfor udvalgenes områder, herunder om den løbende drift og udvikling indenfor områderne". Udvalgene er altså udelukkende rådgivende, og deres rolle er først og fremmest at være politikformulerede og politikkontrollerende. Stående udvalg uden drifts- og budgetansvar fordrer således en politikerrolle, hvor udvalgsmedlemmerne følger politikområdet og har fokus på politikudvikling og overordnede

²¹ Bidrag til formulering af overordnede politiske visioner (50), konkrete politiske initiativer (51), skabelse af kompromisser og konsensus i den politiske beslutningsproces (49), indflydelse på centrale politiske beslutninger (46) og indflydelse på gennemførelsen af de politiske beslutninger (37) og den løbende drift (35) (se Dyhrberg og Opstrup 2010a).

politiske mål og visioner, fremfor at foretage konkrete prioriteringer og behandle enkeltsager (Kjær og Opstrup 2016: 27).

Som nævnt ved vi mindre om de stående udvalgs rolle i de regionale politiske beslutningsprocesser. Dog gennemførte KORA – Det Nationale Institut for Kommunernes og Regionernes Analyse og Forskning i 2017 en evaluering af udvalgsstrukturen i Region Hovedstaden. Evalueringen fandt, at en del politikere var kritiske overfor, at udvalgene ikke havde budgetansvar, fordi politikformulering og økonomisk ansvar således ikke følges ad. Andre var dog mere positive, og fremhævede at organiseringen tillod politikerne at indtage en mere strategisk rolle. Et modsvar til kritikken af det manglende budgetansvar var desuden, at hvis man gav de stående udvalg budgetansvar, ville pengene og følgelig den politiske magt, blive centeret omkring Sundhedsudvalget. Det blev dog mødt af argumenter om, at det i for høj grad var at 'tænke inden for boksen', som et citat af Martin Geertsen (V) i evalueringen illustrerer: "Det [argumentet om at Sundhedsudvalget bliver for stort] synes jeg er en fantasiløs måde at se det på, for det er at tage en debat med udgangspunkt i den struktur man har nu. (...) Hvordan kan man tænke det her forfra, og hvordan kan man lave nogle snit på sundhedsområdet, som gør, at man ikke kun sidder med ét udvalg, men at man sidder med flere forskellige udvalg – som vel og mærke har udgangspunkt i, at man ikke skal miste overblikket, men som gør, at man kommer i dybden" (Bhatti og Madsen 2017: 23-24).

Samlet set konkluderes det i rapporten, at holdningerne til den overordnede udvalgsstruktur generelt ikke er stærke. I forhold til udvalgsprocesserne og arbejdsformen påpegede evalueringen, at politikerne havde en oplevelse af at blive inddraget for sent i de politiske beslutninger, hvilket i sagens natur udfordrer udvalgenes politikformulerende rolle. Generelt oplevedes det, at udvalgene ofte ikke udfyldte den politikformulerende rolle i tilstrækkelig grad, men først og fremmest blev politikkontrollerende. Endelig blev tidsforbrug, arbejdsomfang og sagsindholdets kompleksitet fremhævet som centrale udfordringer ved udvalgsprocesserne. Der var derfor en bred efterspørgsel blandt politikerne efter bedre introduktion til udvalgenes arbejde, et ønske om mere administrativ støtte, og en frigørelse af tid til udvalgsarbejdet (Bhatti og Madsen 2017: 5-7). Selvom de (permanente) stående udvalg må forventes bedre at kunne opkvalificere regionspolitikkerne indenfor de politiske sagsområder end de midlertidige udvalg, hvis kommissorier (i hvert fald i princippet) var snævrere og tidsbegrænsede, pegede evalueringen således på, at der forsat er forbedringsmuligheder i forhold til de stående udvalgs arbejdsform.

Tabel 3: Udvalgsstruktur i regionerne 2022-2025

Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syddanmark	Region Midtjylland	Region Nordjylland
Forretningsudvalget	Forretningsudvalget	Forretningsudvalget	Forretningsudvalget	Forretningsudvalget
<p><i>Stående udvalg:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sundhedsudvalg 2. Social- og psykiatriudvalg 3. Udvalg for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen 4. Miljø- og klimaudvalg 5. Udvalg for trafik og regional udvikling 6. Udvalg for fastholdelse og rekruttering i sundhedsvæsenet 	<p><i>Stående udvalg:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sygehusudvalget 2. Udvalget for regional udvikling, uddannelse, kollektiv trafik og internationalt samarbejde 3. Udvalget for forebyggelse, det præhospitale område, forskning og innovation 4. Det nære sundhedsudvalg 5. Social- og psykiatriudvalget 6. Udvalget for grøn omstilling, bæredygtighed og miljø 	<p><i>Stående udvalg:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sundhedsudvalget 2. Udvalget for det nære sundhedsvæsen 3. Præhospitalsudvalget 4. Psykiatri- og socialudvalget 5. Udvalget for regional udvikling 6. Miljøudvalget 7. Digitaliserings- og innovationsudvalget 8. Udvalget for byggeri, indkøb og grøn omstilling 	<p><i>Stående udvalg:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hospitalsudvalget 2. Psykiatri- og socialudvalget 3. Udvalg for nære sundhedstilbud 4. Udvalg for regional udvikling 5. Udvalg for bæredygtighed, teknologi og anlæg 	<p><i>Stående udvalg:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sundhedsudvalget 2. Psykiatri- og socialudvalget 3. Udvalget for det nære sundhedsvæsen 4. Udvalg for regional udvikling og innovation 5. Udvalg for klima, miljø og bæredygtighed 6. Udvalget for uddannelse, arbejdsmiljø og rekruttering
<p><i>17-4 udvalg:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Forskningsudvalget (2022-2023) 	<p><i>17-4 udvalg:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inddragelsesudvalg (2 år) 	<p><i>17-4 udvalg:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Det særlige rådgivende udvalg for Dansk Tysk samarbejde 	<p><i>17-4 udvalg:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Udvalg for personale 2. Udvalg for lighed i sundhed 	<p><i>17-4 udvalg:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Udvalg for borgerinddragelse og demokrati

Administrationen:

I nogle styreformer defineres administrationens rolle eksplicit og tildeles en formel beslutningskompetence i forhold til de udførende beslutninger (Berg 2004: 11). I regionerne har administrationen ingen selvstændig kompetence. I stedet defineres embedsmændenes handlerum af den løbende og mere uformelle delegation af kompetence fra det politiske niveau. Det betyder dog på ingen måde, at administrationen ikke har indflydelse på de politisk-administrative beslutningsprocesser i regionen. Tværtimod. En region er en stor og driftstung organisation, og der er en ressourcemæssig asymmetri imellem det politiske og det administrative niveau i form af specialiseret viden og tid (Bhatti og Madsen 2017: 7). Embedsværket er af den grund afgørende i forhold til at tilføre organisationen problemanalyse og strategisk tænkning samt at sikre den daglige forvaltning en faglig ekspertise (Berg 2004: 10). De ledende embedsmænd har en vigtig rolle i forhold til at rådgive det politiske niveau, og i at 'klæde politikerne på' fagligt i forhold til de politiske beslutninger. Administrationen spiller desuden, naturligvis fristes man til at sige, en afgørende rolle i forhold til implementeringen af de politiske beslutninger og den daglige ledelse og drift af regionens institutioner, og således i sidste ende leveringen af offentlig service (Bo Smith-udvalget 2015: kap. 7). Dette giver potentielt embedsværket en stor indflydelse på politikken og dens faktiske udmøntning. At styreformen grundlæggende er kollegial, og at embedsmændene i den forstand har 'multiple politiske principaler', kan desuden forventes at være med til at øge administrationens handlerum (Jacobsen 1997: 97).

At administrationen har en stor indflydelse, bekræftes af regionspolitikernes vurderinger af forskellige aktørers indflydelse på de ovennævnte dimensioner. Administrationens indflydelse på centrale politiske beslutninger vurderedes således på niveau med forretningsudvalgets. På ovennævnte 0-100 skala scorede administrationen således 74. Kun regionsrådsformanden blev vurderet som mere indflydelsesrig (83) (Dyhrberg og Opstrup 2010a: 133). Administrationen vurderedes også til at have den næsthøjeste indflydelse på politikformuleringen (75), men den vurderedes mest indflydelsesrig i forhold til den faktiske gennemførelse af de politiske beslutninger (87) og den løbende drift (88) (ibid.). Disse tal er dog som nævnt tilbage fra 2009. Men et nyt speciale fandt ligeledes på baggrund af 33 semistrukturerede interviews med politikere og embedsmænd i alle danske regioner, at administrationen har en betydelig indflydelse på regionens udvikling sammenholdt med politikerne (Rafn og Steffensen 2023: 89). Det kan desuden tyde på, at administrationen er mere indflydelsesrig, end den var i de tidligere amter. I hvert fald erklærede 84 pct. af regionspolitikerne med erfaring fra amtspolitik i 2009 sig enige i udsagnet 'Embedsmændene

har fået en større indflydelse end tidligere' (Dyhrberg og Opstrup 2010b: 223). 78 pct. var desuden enige i, at politikerne har fået sværere ved at kontrollere embedsmændenes arbejde (ibid.: 226).

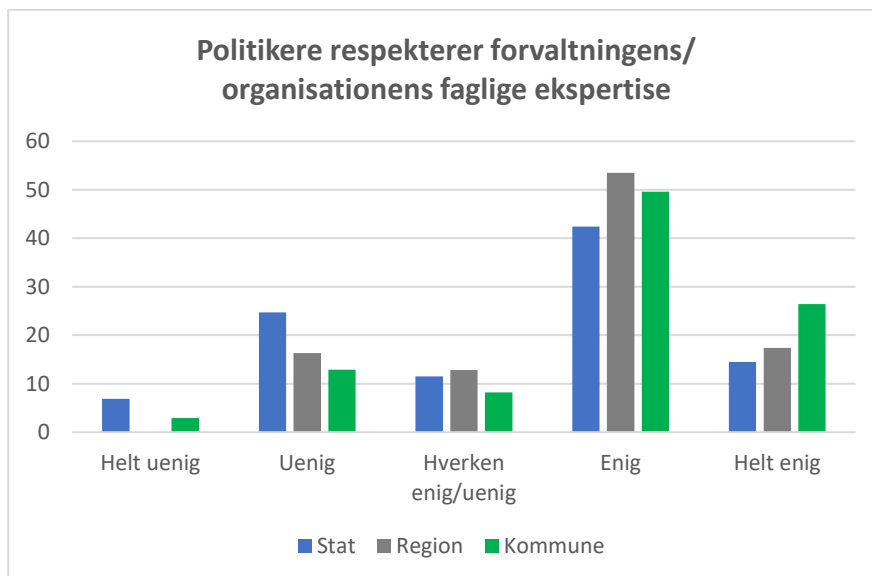
Ovennævnte speciale fandt, at administrationen er den centrale kilde til information for politikerne, og de ledende embedsmænd spiller en stor rolle i forhold til at 'lægmandsgøre' de faglige indstillinger, men også i forhold til at fremhæve de politiske vinkler (Rafn og Steffensen 2023: 60-61). Det lykkes dog ikke nødvendigvis lige godt i alle tilfælde. I Region Hovedstaden udtrykte mange politikere i forbindelse med ovennævnte evaluering utilfredshed med administrationens sagsfremstillinger. Nogle fandt, at der ikke i tilstrækkelig grad blev beskrevet beslutningsalternativer, andre at sproget var for teknokratisk og at mængden af information var for stor. Endelig fandt nogle, at strukturen i sagsfremstillingerne var uhensigtsmæssig (Bhatti og Madsen 2017: 5). Rafn og Steffensen (2023) fandt desuden i ovennævnte speciale, at der på tværs af regioner er en tendens til, at politikerne oplever, at administrationen kan give ufuldstændige svar på deres forespørgsler om information. Og mere kritisk, at dette opleves at ske i de tilfælde, hvor politikerne spørger ind til noget problematisk i regionen, eller hvor de oplever, at embedsværket ikke vil give dem al information (ibid.: 100). De konkluderede dog samtidigt meget væsentligt, at størstedelen af politikerne har tillid til administrationen (ibid.: 106). Tilsvarende oplever embedsmændene generelt en stor respekt for deres faglighed fra politikernes side. I figur 4 nedenfor afrapporteres svar fra en spørgeskemaundersøgelse blandt medlemmer af Djøf Offentlige Chefer ansat i staten²², regioner eller kommuner. De har svaret på, hvor enige de var i, at politikerne respekterer forvaltningens faglige ekspertise og juridiske vurderinger.²³ Tallene, som er fra 2022, viser, at i hvert fald blandt denne gruppe embedsfolk opleves politikerne som at have respekt for administrationens faglighed. Blandt chefer ansat i regionerne var 71 pct. helt eller delvist enige i, at politikerne respekterer forvaltningens faglige ekspertise. 16 pct. var uenige. 75 pct. var helt eller delvist enige i dette, når det gjaldt forvaltningens juridiske vurderinger, og kun 5,5 pct. var uenige i, at politikerne respekterer disse. I figur 4 vises også de offentlige chefers svar på, hvor ofte de oplever et pres for at ændre en faglig betragtning, og hvor ofte de selv siger, at de vælger at ændre en faglig betragtning på grund af et politisk pres eller ønske. I begge tilfælde kan det betegnes som forekommende yderst sjældent. Med hensyn til både respekten for forvaltningens vurderinger, og

²² Der er i svarfordelingen set bort fra chefer i statsligt selvejende institutioner, da disse er længere væk fra det politiske niveau og har ganske anderledes opgaver end embedsfolk i centraladministrationen.

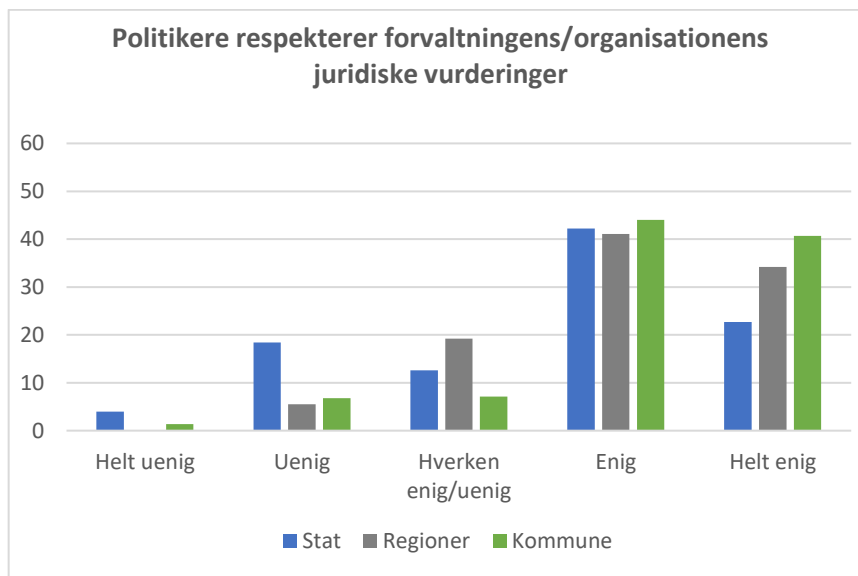
²³ Tallene for staten og kommunerne er tidligere afrapporteret i Opstrup m.fl. (2022). I figur 4 er der dog tilføjet svarene fra medlemmer af Djøf Offentlige Chefer ansat i regionerne. For mere information om spørgeskemaundersøgelsen, se Opstrup m.fl. (2022).

det oplevede politiske pres, er det for regionerne på niveau med det, som rapporteres af de kommunale chefer, imens tallene indikerer en lavere respekt for forvaltningens vurderinger på statsligt niveau, hvorimod det oplevede politiske pres ikke adskiller sig fra det på de decentrale forvaltningsniveauer.

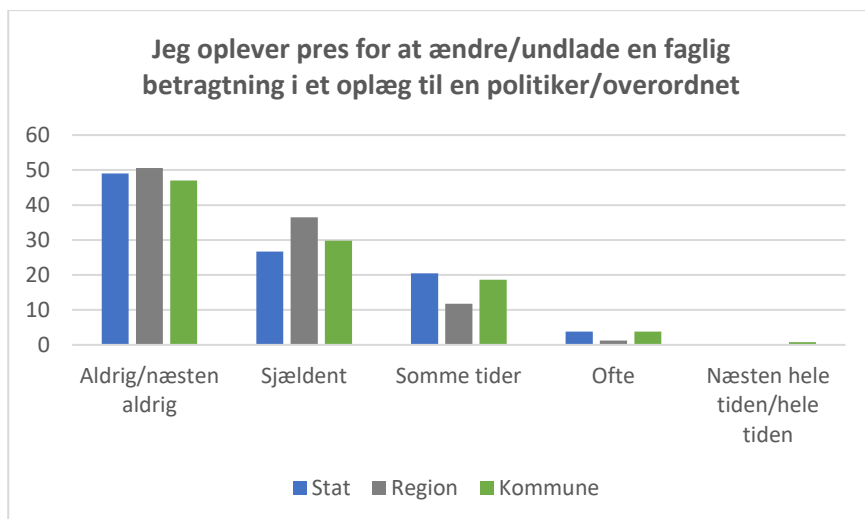
Figur 4: Oplevet politisk pres blandt offentlige chefer i staten, regioner og kommuner



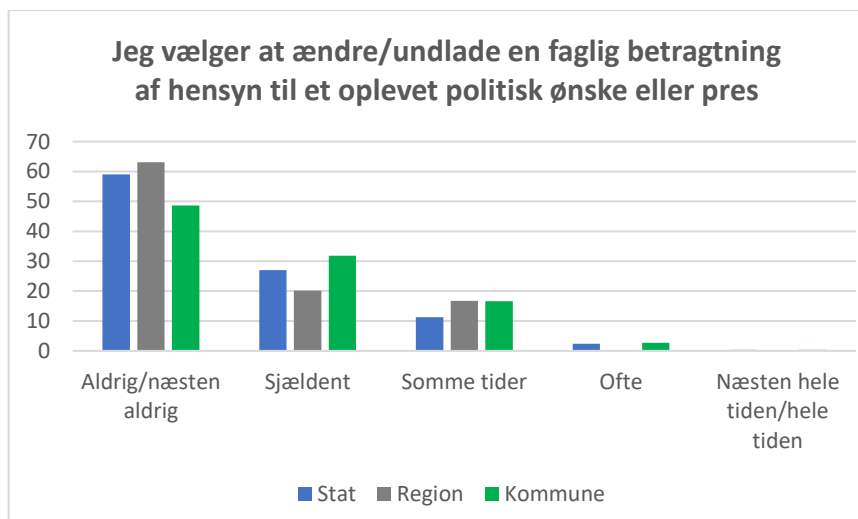
N=769 (Stat=304/ Region=86/ Kommune=379)



N=716 (Stat=277/ Region=73/ Kommune=366)



N=743 (Stat=292/ Region=85/ Kommune=366)



N=745 (Stat=293/ Region=84/ Kommune=368)

Afvejning af centrale hensyn

Organiseringen givet i den politiske styreform vil altid afveje en række (til dels modsatrettede) 'hensyn' i forhold til det politiske systems funktion. Hensynene er funktioner, som ethvert politisk system bør varetage, men som vil prioriteres og afvejes forskelligt i forskellige styreformer (Berg 2004). Enhver politisk styreform vil understøtte nogle hensyn på bekostning af andre. I forskningslitteraturen er der forholdsvis bred enighed om tre overordnede hensyn, som er relevante, i forhold til at vurdere en styreform: *hensynet til demokratisk inddragelse og ansvarsplacering*, *hensynet til politisk lederskab* og *hensynet til professionalisme* (Pedersen og Thau 2019: 11). Demokratisk inddragelse og ansvarsplacering omhandler de folkevalgte repræsentanters, og i sidste ende vælgernes, mulighed for at øve indflydelse på, blive involveret i, og kontrollere det politiske systems politisk-administrative processer (Dyhrberg, Krogh og Opstrup 2010: 51). Man kan i forhold til hensynet til demokratisk inddragelse og ansvarsplacering sondre mellem fire underdimensioner: lægmandsinddragelse, politisk ansvarlighed, politikerrekruttering/-repræsentativitet, og inddragelse af ikke-folkevalgte aktører (Pedersen og Thau 2019: 13). Hensyn til politisk lederskab handler om, at der sættes en politisk retning for det politiske system, og at det politiske og det administrative niveau tilføres handlekraft og energi. Det handler mere specifikt om formuleringen af politiske visioner, koordination på tværs af politikområder og sikring af en vis politisk stabilitet (ibid.: 15). Endelig omhandler hensynet til professionalisme, at det politiske system drives på en saglig og effektiv måde (Dyhrberg, Krogh og Opstrup 2010: 54-55). Det handler om inddragelsen af fagekspertise og efterlevelsen af professionelle standarder (Pedersen og Thau 2019: 15-16). De tre hensyns underdimensioner uddybes i tabel 4 (men for en grundigere indføring, se Pedersen og Thau 2019; Krogh, Dyhrberg og Opstrup 2010 og Berg 2004).

Tabel 4: Centrale hensyn bag en politisk styreform

Overordnet hensyn	Dimension	Beskrivelsen
Demokratisk inddragelse og ansvarligholdelse	Lægmandsinddragelse	Hvor meget og hvor bredt de folkevalgte reelt involveres i de politiske beslutningsprocesser og den umiddelbare forvaltning
	Politisk ansvarligholdelse	I hvilken grad vælgerne har mulighed for at få indsigt i de politiske beslutningsprocesser, entydigt placere et ansvar for beslutningerne og holde de folkevalgte politikere ansvarlige for den førte politik
	Politikerrekruttering/-repræsentativitet	I hvilken grad den folkevalgte forsamling på centrale dimensioner afspejler befolkningssammensætningen. Styreformen har betydning for politikerrekruttering/fastholdelse ved at rammesætte de folkevalgtes arbejdsbetingelser, honorering, mulighed for indflydelse mv.
	Ikke-folkevalgtes inddragelse	I hvilken grad der inddrages ikke-folkevalgte i de politiske beslutningsprocesser. F.eks. borgere, brugere, repræsentanter fra interesseorganisationer mv.
Politisk lederskab	Politisk retning	I hvilken grad der sættes en overordnet politisk kurs og igangsættes konkrete initiativer for at realisere denne
	Koordination	I hvilken grad der skabes økonomisk og indholdsmæssig sammenhæng på tværs af politikområder
	Politisk stabilitet	I hvilken grad der er kontinuitet og sammenhæng i den førte politik på længere sigt
Professionalisme	Fagekspertise	I hvilken grad de folkevalgte har adgang til faglig rådgivning samt hvor meget og bredt administrationens faglighed bringes i spil i de politisk-administrative beslutningsprocesser
	Professionelle standarder	Hvordan faglige hensyn vægtes relativt til politiske hensyn i de politisk-administrative beslutningsprocesser

Kilde: Krogh, Dyhrberg og Opstrup 2010; Pedersen og Thau 2019; Berg 2004.

Det overstiger omfanget for denne rapport at gennemføre en systematisk analyse af styreformens afvejning af alle dimensioner i de tre overordnede hensyn. Men i det efterfølgende vil vi se nærmere på, hvordan udvalgte dimensioner kan vurderes i forhold til regionernes politiske styreform, og variationen i om den umiddelbare forvaltning er placeret i regionsrådet eller i forretningsudvalget.

Demokratisk inddragelse og ansvarlighed:

En lægmand er en ikke-professionel person, hvis afgørende kvalifikation i en politisk sammenhæng er at være folkevalgt. De politiske lægmænd er valgt til at repræsentere borgernes synspunkter, hvorfor *lægmandsinddragelse* er et grundprincip i et repræsentativt demokrati (jf. ovenfor). De fungerer så at sige som befolkningens bindeled til ”den udøvende magt”, og er således afgørende for at sikre politisk responsivitet (Mouritzen og Svava 2002: 51). Graden af lægmandsinddragelse er umiddelbart høj i regionerne, i hvert fald hvis ansvaret for den umiddelbare forvaltning placeres i regionsrådet. Alle 41 folkevalgte regionspolitikere gives i så fald i hvert fald formelt set indflydelse på og ansvar for beslutninger om politikens konkrete udmøntning og regionens daglige drift. Man kan dog stille spørgsmål ved, hvorvidt politikerne inddrages lige så effektivt og intenst, som i udvalgsstyret, hvor ansvaret for den umiddelbare forvaltning i udgangspunktet er placeret i de stående udvalg, da det som tidligere nævnt er blevet fremført, at regionsrådsmødet med 41 medlemmer kan være et u hensigtsmæssigt stort forum til at behandle driftsafgørelser. Et åbent spørgsmål er om, nogle af beslutningerne i så fald ’siver ned’ i de stående udvalg, selvom deres rolle formelt er at være politikudviklende og politikkontrollerende, eller måske reelt afgøres i forretningsudvalget. Henlægges den umiddelbare forvaltning i stedet for fuldt ud til forretningsudvalget svækkes lægmandsinddragelsen, da menige politikere ikke involveres i driften. Risikoen er, som tidligere nævnt, at man skaber et A- og B-hold blandt regionspolitikere, hvor B-holdet uden for forretningsudvalget kun vil opleve en sporadisk inddragelse i regionens politiske liv og overordnede ledelse.

Et andet grundprincip i et repræsentativt demokrati er, at vælgerne kan stille de folkevalgte politikere til *ansvar* for de politiske beslutninger og den førte politik (jf. ovenfor). Der tegner sig her et lidt mudret billede i forhold til regionerne. Hvis ansvaret for den umiddelbare forvaltning placeres i regionsrådet, har alle 41 politikere som nævnt formelt set indflydelse på og potentielt også ansvar for beslutninger om politikens konkrete udmøntning og regionens daglige drift. Men hvis alle i princippet er involveret – og ansvarlige – kan vælgerne få vanskeligt ved at gennemskue, hvem de skal give ansvaret, hvis de er utilfredse med den førte politik, det serviceniveau som

leveres, eller hvem de skal holde ansvarlige, når noget er gået galt og blevet til en 'møgsag'. De kan desuden have vanskeligt ved at se, hvem de i stedet kan stemme på for bedre at få repræsenterer deres synspunkter og interesser. Vælgerne mulighed for entydigt at placere et politisk ansvar vil være bedre ved en klarere opdeling i "regering" og "opposition". En henlæggelse af ansvaret for den umiddelbare forvaltning i forretningsudvalget giver til dels en sådan klarere opdeling. Ansvaret for de politiske beslutninger er ikke på samme måde spredt ud til alle 41 regionspolitikere, men mere entydigt placeret hos medlemmerne af forretningsudvalget. To væsentlige forbehold skal dog fremhæves her. For det første sammensættes forretningsudvalget efter et proportionalitetsprincip, hvilket giver en bred tværpolitisk repræsentation i udvalget. Hovedparten af regionsrådets partier vil således have plads i udvalget, og 'alle' er således blot på en lidt anden måde involveret i og potentielt også ansvarlige for de politiske beslutninger truffet i udvalget. Ansvarsplaceringen vanskeliggøres for det andet af, at forretningsudvalgets møder er lukkede for offentligheden. Det er således kun gennemskueligt for vælgerne, hvem der i sidste ende har stemt for eller imod en given politiske beslutning, men ikke hvilken politisk diskussion og debat, der har været (Dyhrberg m.fl. 2010: 307).²⁴ Regionsrådsmøderne er omvendt åbne for offentligheden, og vælgerne har således her bedre mulighed for at få indsigt i de politiske beslutningsprocesser.

Selvom det snævert set ikke falder ind under den politiske styreform, er det desuden værd at gentage, at afkoblingen mellem finansierings- og opgaveansvaret på det regionale niveau kan gøre det vanskeligere at fastslå, hvem der i sidste ende sidder med ansvaret, og derfor svække vælgerne muligheder for at placere et entydigt politisk ansvar. Det samme kan en omfattende tværgående styring og koordination af opgaveløsning mellem politiske forvaltningsniveauer, og en stram indholdsmæssig styring af regionernes anliggender fra statsligt niveau (Dyhrberg m.fl. 2010: 307).

Politisk lederskab:

Ovenstående begrænsninger i det regionale politiske niveau faktiske beslutningskompetence formindsker også den politiske ledelses muligheder for frit at fastsætte en politisk retning for regionen. Dog med den tilføjelse, at der som tidligere nævnt forsat er masser af politik i regionalpolitik, og en vigtig og betydelig politisk opgave i forhold til mere præcist at fastsætte og prioritere ydelseernes indhold og omfang indenfor sundhedsområdet.

²⁴ Mødereferaterne er dog offentligt tilgængelige.

Overordnet set styrker placeringen af den umiddelbare forvaltning centralt i regionsrådet eller forretningsudvalget, og valget af stående udvalg uden drifts- og budgetansvar, men som er politikudviklende og politikkontrollerende, hensynet til at der sættes en *politisk retning*. Dog fremgik det som nævnt ovenfor af evalueringen af udvalgsstrukturen i Region Hovedstaden, at udvalgene ofte oplevedes ikke at udfylde den politikformulerende rolle i tilstrækkelig grad. Som helhed kan det desuden være vanskeligt for forretningsudvalget at sætte en klar politisk kurs, da det er bredt sammensat politisk efter forholdstal. I praksis er det særligt regionsrådsformanden (i samarbejde med administrationen), som gennem sin rolle som 'dagsordensfilter' i den politiske beslutningsproces, har en afgørende rolle i forhold til at fastsætte en overordnet politiske retning for region (ibid.: 309).

At ansvaret for den umiddelbare forvaltning er samlet i et politisk organ, regionsrådet eller forretningsudvalget, styrker desuden hensynet til *koordination* på tværs af politikområder/delområder. Koordinationen af det politiske arbejde gøres lettere af, at ingen andre politiske organer har kompetence til at involvere sig i den umiddelbare forvaltning (Dyhrberg, Krogh og Opstrup 2010: 61). Den sektorisering eller 'silotænkning', som kendes fra udvalgsstyret, er således en mindre risiko i forretningsudvalgsstyret/rådsmodellen. Det følger naturligvis også af regionernes smallere opgaveportefølje. Som Dyhrberg m.fl. (2010) skrev: "Politikerne i regionerne er ikke sektorpolitikere, men i stedet sundhedspolitikere, hvorfor den multistrengede sektorisering er afløst af en enstregnet sektorfokusering på sundhedsområdet (ibid.: 310), men de tilføjede samtidig at "[m]an kunne forvente, at sektorkampene fra udvalgsstyret afløses af sundhedskampe mellem de underliggende områder indenfor sundhedsområdet" (ibid.: 311). Der er dog et grundlæggende dilemma her. Regionens politikere er deltidspolitikere, og samtidig er sagsmængden stor og ofte teknisk tung (Bhatti og Madsen 2017: 5). Som det fremgik af ovennævnte evaluering i Region Hovedstaden, blev manglende viden og begrænset tid påpeget som en vigtig barriere i forhold til politikernes mulighed for at være dagordenssættende og kunne gøre deres indflydelse gældende (ibid.: 7). En arbejdsdeling og specialisering er således hensigtsmæssig. Som påpeget ovenfor kan de stående udvalg give politikerne en fast platform og bidrage til at opkvalificere dem i forhold til det politiske arbejde. Men, som det også blevet fremhævet ovenfor, kan der forsat være udfordringer i forhold til om særligt politikerne uden for forretningsudvalget 'klædes tilstrækkelig godt nok på' fagligt. Selvom de stående udvalg ikke har driftsansvar, er en vis indsigt i de konkrete sager nødvendig. Uden den har politikerne vanskeligt ved at være politikudviklende. Som Lê Madsen og Kjær (2015) fremhæver, godt nok i forhold til det kommunalpolitiske niveau, så er det

svært at udøve politisk lederskab uden både at tænke overordnet og konkret, og det er vanskeligt at forestille sig, at politikerne kan udarbejde visioner og overordnede strategier, hvis de ikke også løbende er nede i de konkrete sager, og ved 'hvor skoen trykker' (ibid.: 114-115).

Den brede tværpoltiske forankring af den umiddelbare forvaltning, hvad end ansvaret er placeret i det proportionalt sammensatte forretningsudvalg eller i regionsrådet som helhed, styrker slutteligt hensynet til *politisk stabilitet*. I og med at alle eller i hvert fald hovedparten af de politiske partier er involveret i de politiske beslutninger, og fordi mange beslutninger træffes i stor enighed, ændres disse ikke nødvendigvis, når og hvis de politiske magtforhold skifter. Der er videreført en stærk 'konsensusnorm' fra amterne, som vægtlægger politisk kompromis og enighed (Dyhrberg og Opstrup 2010a: 144).

Professionalisme:

Med professionalisme menes *fagekspertise* i det politiske arbejde, sådan at det politiske system drives på en saglig og effektiv måde. Administrationen antages at være garant for dette (Krogh, Dyhrberg og Opstrup 54-55). Embedsværket har, som beskrevet ovenfor, stor indflydelse på de politisk-administrative beslutningsprocesser i regionerne, og således en betydelig indflydelse på regionens udvikling. Dyhrberg m.fl. (2010) konkluderede, at placeringen af den umiddelbare forvaltning centralt i regionsrådet eller forretningsudvalget, og fraværet af stående udvalg med drifts- og budgetansvar, har ført til et tomrum i forhold til varetagelsen af den daglige drift, som er blevet udfyldt af administrationen. De konkluderer dog samtidig, at det ikke har ført til et øget konfliktniveau mellem politikere og embedsfolk (ibid.: 312). Som også påpeget ovenfor, har størstedelen af politikerne tillid til administrationen, selvom der også kan forekomme kritik af embedsværkets rådgivning og betjening. Der er dog, som vi også så, en høj grad af respekt for administrationens faglige ekspertise, hvilket indikerer en vægtlægning af saglige hensyn og tilstræbelse af visse *professionelle standarder* i det politiske arbejde.

Alternativer?

Der er intet naturgivet i, at den politiske styreform skal være, som den er i regionerne – hvis man altså lige ser bort fra det faktum, at styreformen er fastsat i regionsloven. Man kunne fra statsligt hold sagtens vælge at lade regionerne organisere sig anderledes politisk. En anderledes politisk organisering vil få konsekvenser for såvel forvaltning som demokratiet i regionerne. Hvilke vil

afhænge af den konkrete styreform (se Pedersen og Thau 2019 og Berg 2004 for en systematisk fremstilling af afvejningen af hensyn i forskellige styreformer; se desuden Dyhrberg m.fl. (2010) for forslag til forskellige modeller i regionerne). Men den politiske styreform er sjældent til debat, og politikerne har sjældent selv stærke holdninger til regionens politiske organisering (Bhatti og Madsen 2017). Dog nok med undtagelse af når styreformen ændres. I hvert fald lå tilfredsheden med den nye styreform på et ganske lille sted i regionernes første leveår (Krogh og Skøtt 2007).

Det, der i stedet er til debat fra tid til anden, er selve det regionale niveau. Lige siden oprettelsen er det med jævne mellemrum blevet foreslået at nedlægge det regionale niveau. Det var for øvrigt også tilfældet for amterne, hvor "[a]nbefalingerne af amternes nedlæggelse har en lige så lang historie som de moderne amter selv" (Madsen 2012: 109).

Det vil i sagens natur have konsekvenser for først og fremmest styringen af sundhedsområdet, hvis det regionale politiske niveau nedlægges. Hvilke vil afhænge af, hvordan opgaveansvaret forankres i stedet, og af hvilke kriterier, der vægtlægges i vurderingen af konsekvenserne. Argumenterne for at nedlægge regionerne baserer sig gerne på et ønske om en mere professionel og effektiv styring af sundhedsområdet. Men hvor dette er legitime og vigtige hensyn, kan man være bekymret for, at argumentationen beror på en antagelse om, at styringen kan reduceres til et spørgsmål om at finde de sagligt bedste løsninger, og overser at den uundgåeligt vil indebære beslutninger, hvor der mangler et entydigt fagligt og sagligt svar, og hvor der er kamp om ressourcerne, og der derfor skal afvejes interesser og/eller prioriteres mellem forskellige værdier. I et demokrati er sådanne beslutninger i sidste ende en politisk opgave (se Christensen, Christiansen og Ibsen 2022: 11-17). Hvis man anerkender dette, bliver demokratiske hensyn omkring responsivitet, ansvarlighed og repræsentativitet vigtige at tænke ind, hvis det politiske systems legitimitet skal fastholdes.

Sammenfatning

De fem regioner har fandtes siden Strukturreformen i 2007. Men det regionale politiske niveau er det af de tre forvaltningsniveauer, som almindeligvis får mindst opmærksomhed. Det gjaldt dog også for de tidligere amter, som Madsen (2012) dog konstaterede var 'en overset succes', der løste de opgaver, som de var sat i verden for at løse. Det samme spørgsmål kan stilles i forhold til regionerne. Det er dog et stort spørgsmål med mange dimensioner.

I denne rapport har vi holdt os til at se på det politiske system gennem tre forskellige blik.

For det første har vi set på argumenterne for og imod en decentralisering af den offentlige opgaveløsning og den faktiske decentraliseringsgrad på regionalt niveau. Konklusionen var her, at begrænsningerne i regionsrådenes beslutningskompetence kan give udfordringer i forhold til at opnå de fulde gevinster ved en decentralisering af opgaveløsningen. Men samtidigt er det et åbent spørgsmål, om man har høstet nogle af de potentielle gevinster forbundet med centralisering.

For det andet har vi set på det regionale demokrati. Her var konklusionen, at man kan nære nogen bekymring for 'sundhedstilstanden' af det regionale demokrati, hvis man ser på vælgernes viden, interesse og 'politiske selvtillid', når det gælder regionalpolitik. Men målt på andre parametre er det regionale demokrati mere velfungerende. Det gælder i forhold til valgdeltagelsen, den politiske og demografiske repræsentativitet samt vælgernes politiske tillid, tilfredshed med det regionale serviceniveau, og overordnede tilfredshed med det regionale demokrati.

Endelig har vi set nærmere på den politiske styreform, hvor især regionsrådsformanden men også forretningsudvalget indtager en central rolle. Modsat er det vanskeligere for de menige regionspolitikere at få indsigt i og indflydelse på den regionale opgaveløsning, om end muligheden for at nedsætte stående udvalg kan forventes i nogen grad at have hjulpet på dette. Endelig fremgår det, at administrationen har en meget betydelig indflydelse i de politisk-administrative beslutningsprocesser. Dog uden at det i væsentlig grad har ført til et øget konfliktniveau mellem politikere og embedsfolk. Sammenlignet med udvalgsstyret i de tidligere amter, og som kendes fra hovedparten af kommunerne, nedprioriterer den regionale styreform hensynet til lægmandsinddragelse, men opprioriterer til dels hensynet til politisk lederskab. Hensynet til politisk ansvarligholdelse står desuden ikke specielt stærkt. Det er ikke kun på grund af den grundlæggende kollektive styreform, men også den uklare ansvarsplacering mellem forvaltningsniveauer, hvor bl.a. opgave- og finansieringsansvaret er afkoblet.

Referencer

- Baldersheim, Harald, Kurt Houlberg, Anders Lindström, Eva-Marin Hlynisdottir og pekka Kettunen (2019). *Local Autonomy in the Nordic Countries A report for the Norwegian Association of Local and Regional Authorities*. Universitetet i Agdar.
- Berg, Rikke (2004). Kommunale styreformer – erfaringer fra ind- og udland. *Politologiske Skrifter* Nr. 5/2004. Institut for Statskundskab. Syddansk Universitet.
- Berg, Rikke og Ulrik Kjær (2005). *Den danske borgmester*. Syddansk Universitetsforlag.
- Bhatti, Yosef og Marie Henriette Madsen (2017). *Styreform og udvalgsstruktur i Region Hovedstaden*. KORA – Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- Bhatti, Yosef og Kasper Møller Hansen (2010). 'Kommunalreformens betydning for den kommunale valgdeltagelse'. *Politik* 13(1): 6-16.
- Blom-Hansen, Jens, Kurt Houlberg og Søren Serritzlew (2021). 'Jurisdiction Size and local government effectiveness: Assessing the effect of municipal amalgamations on performance'. *European Journal of Political Research* 60(1): 153-174.
- Blom-Hansen, Jens og Martin Bækgaard (2019). 'Forvaltning i kommuner og regioner' i Jens Blom-Hansen, Peter Munk Christiansen, Thomas Pallesen og Søren Serritzlew (red.), *Offentlig forvaltning – et politologisk perspektiv*. 2. udgave. Hans Reitzels Forlag, s. 117-144.
- Blom-Hansen, Jens, Kurt Houlberg, Søren Serritzlew og Daniel Treisman (2016). 'Jurisdiction Size and Local Government Policy Expenditure: Assessing the Effect of Municipal Amalgamation'. *American Political Science Review* 110(4): 812-831.
- Blom-Hansen, Jens, Kurt Houlberg og Søren Serritzlew (2014). 'Size, Democracy, and the Economic Costs of Running the Political System. *American Journal of Political Science* 58(4): 790-803.
- Blom-Hansen, Jens, Marius Ibsen, Thorkil Juul og Poul Erik Mouritzen (2012). *Fra sogn til velfærdsproducent. Kommunestyret gennem fire årtier*. Syddansk Universitetsforlag.
- Bo Smith-udvalget (2015). *Embedsmanden i det moderne folkestyre. Bo Smith-udvalgets rapport om samspillet mellem politikere og embedsmænd*. Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Christensen, Jørgen Grønnegård, Peter Munk Christiansen og Marius Ibsen (2022). *Politik og forvaltning*. 5. udgave. Med bidrag fra Andreas Berggreen. Hans Reitzels Forlag.
- Christiansen, Peter Munk og Michael Baggesen Klitgaard (2008). *Den utænkelige reform. Strukturreformens tilblivelse 2002-2005*. Syddansk Universitetsforlag.
- Christoffersen, Henrik og Kurt Klaudi Klausen (2009). *Den danske regionskonstruktion. Spillet om Region Midtjyllands dannelse og konsolidering*. Syddansk Universitetsforlag.

Danmarks Statistisk (2006). Valgene til kommunalbestyrelser og regionsråd den 15. november 2005 (rettet 25. november 2009 kl. 13).

<https://www.dst.dk/Site/Dst/SingleFiles/GetArchiveFile.aspx?fi=24224110528&fo=0&ext=befolkning>

Danmarks Statistik (2010). Valgene til kommunalbestyrelser og regionsråd den 17. november 2009.

<https://www.dst.dk/Site/Dst/SingleFiles/GetArchiveFile.aspx?fi=33165110529&fo=0&ext=befolkning>

Danmarks Statistik (2014). Valgene til kommunalbestyrelser og regionsråd den 19. november 2013.

<https://www.dst.dk/Site/Dst/SingleFiles/GetArchiveFile.aspx?fi=45851110500&fo=0&ext=befolkning>

Danmarks Statistik (2018). Valgene til kommunalbestyrelser og regionsråd den 21. november 2017.

<https://www.dst.dk/Site/Dst/SingleFiles/GetArchiveFile.aspx?fi=54205110501&fo=0&ext=befolkning>

Danmarks Statistik (2022a). Valgene til kommunalbestyrelser og regionsråd den 16. november 2021.

<https://www.dst.dk/Site/Dst/SingleFiles/GetArchiveFile.aspx?fi=55688110502&fo=0&ext=befolkning>

Danmarks Statistik (2022b). Kandidater ved folketingsvalget den 1. november 2022.

<https://www.dst.dk/valg/Valg1968094/other/Kandidatstatistik2022.pdf>

Denters, Bas, Michael Goldsmith, Andreas Ladner, Poul Erik Mouritzen og Lawrence E. Rose (2014). *Size and Local Democracy*. Edward Elgar.

Dyhrberg, Niels (2010). 'Den politiske beslutningsproces' i Poul Erik Mouritzen (red.), *Opfundet til lejligheden. Evaluering af regionernes politiske styreform*. Syddansk Universitetsforlag, s. 69-116.

Dyhrberg, Niels og Niels Opstrup (2010a) 'Politisk lederskab', i Poul Erik Mouritzen (red.), *Opfundet til lejligheden. Evaluering af regionernes politiske styreform*. Syddansk Universitetsforlag, s. 117-170.

Dyhrberg, Niels og Niels Opstrup (2010b) 'Politikere og embedsmænd', i Poul Erik Mouritzen (red.), *Opfundet til lejligheden. Evaluering af regionernes politiske styreform*. Syddansk Universitetsforlag, s. 207-230.

Dyhrberg, Niels, Simon Krogh og Niels Opstrup (2010). 'Styreformer – en teoretisk introduktion', i Poul Erik Mouritzen (red.), *Opfundet til lejligheden. Evaluering af regionernes politiske styreform*. Syddansk Universitetsforlag, s. 40-68.

Dyhrberg, Niels, Simon Krogh, Poul Erik Mouritzen og Niels Opstrup (2010). 'Konklusion – fra lægmandsstyre til formandsstyre', i Poul Erik Mouritzen (red.), *Opfundet til lejligheden. Evaluering af regionernes politiske styreform*. Syddansk Universitetsforlag, s. 299-327.

- Elmelund-Præstekær, Christian (2010). 'Regionernes mediedækning, i Poul Erik Mouritzen (red.), *Opfundet til lejligheden. Evaluering af regionernes politiske styreform*. Syddansk Universitetsforlag, s. 259-278.
- Glavind, Johanne og Linda Kirkegaard (2006). 'Regionernes styreform', i Jens Blom-Hansen, Jørgen Elklit og Søren Serritzlew (red.), *Kommunalreformens konsekvenser*. Academia, s. 193-219.
- Hansen, Sune Welling (2013). 'Polity Size and Local Political Trust: A Quasi-Experiment Using Municipal Mergers in Denmark. *Scandinavian Political Studies* 36(1): 43-66.
- Heeager, Anne (2009). 'Vil de nye sundhedsaftaler imellem kommuner og regioner kunne tjene deres formål? Bureautisering og interessemodsætninger på sundhedsområdet' *Politica* 41(2): 168-186.
- Harguindéguy, Jean-Baptiste Paul, Alistair Cole and Romain Pasquier (2019), The variety of decentralization indexes: A review of the literature. *Regional & Federal Studies* 31(2): 185-208.
- Hooghe, Liesbet, Gary Marks, Arjan H. Schakeli, Sandra Chapman Osterkatz, Sara Niedzwiecki og Sarah Shair-Rosenfield (2016). *Measuring Regional Authority: A Postfunctionalist Theory of Governance, Volume I*. Oxford University Press.
- Jacobsen, Dag Ivar (1997). *Administrationens makt – om forholdet mellom politikk og administrasjon*. Fagbokforlaget.
- Jacobsen, Christian Bøtcher og Mads Leth Jakobsen (2019). 'Offentlig styring og koordination' i Jens Blom-Hansen, Peter Munk Christiansen, Thomas Pallesen og Søren Serritzlew (red.), *Offentlig forvaltning – et politologisk perspektiv*. 2. udgave. Hans Reitzels Forlag, s. 55-84.
- Juul, Thorkil (2006). *Håndbog i kommunernes og regionernes nye økonomi*. Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Kjær, Ulrik (2023). *Regionalsvalg*. Syddansk Universitetsforlag.
- Kjær, Ulrik, Niels Opstrup og Mette Kjærgaard Thomsen (2021). 'Samskabelse sat i system? Kommunernes brug af 17-4 udvalg'. *Politica – Tidsskrift for Politisk Videnskab* 53(3): 240-260.
- Kjær Ulrik og Niels Opstrup (2016). *Variationer i udvalgsstyret. Den politiske organisering i syv kommuner*. Kommunernes Jubilæumsfond af 1995.
- Kjær, Ulrik og Poul Erik Mouritzen (2003). 'Er der en sammenhæng mellem kommunestørrelse og lokalt demokrati?' i Ulrik Kjær og Poul Erik Mouritzen (red.), *Kommunestørrelse og lokalt demokrati*. Syddansk Universitetsforlag, s. 11-30.
- Kristensen, Ole P. (1980). 'The logic of the political-bureaucratic decision-making as a cause of governmental growth: Or Why Expansion of Public Programs is a "Private Good" and Their Restriction is a "Public Good"'. *European Journal of Political Research* 8(2): 249-264.
- Krogh, Simon (2010a). 'Fem regioner ser dagens lys', i Poul Erik Mouritzen (red.), *Opfundet til lejligheden. Evaluering af regionernes politiske styreform*. Syddansk Universitetsforlag, s. 9-28.

- Krogh, Simon (2010b). 'De midlertidige udvalg' i Poul Erik Mouritzen (red.), *Opfundet til lejligheden. Evaluering af regionernes politiske styreform*. Syddansk Universitetsforlag, 171-206.
- Krogh, Simon og Jakob Pall Skött (2007). *Fra udvalgsstyre til rådsmodel – første rapport fra en evaluering af regionernes politiske styreform*. Institut for Statskundskab, Syddansk Universitet.
- Ladner, Andreas, Nicolas Keuffer og Harald Baldersheim (2016). 'Measuring Local Autonomy in 39 Countries (1990–2014)'. *Regional & Federal Studies* 26(3): 321-357.
- Lassen, David Dreyer og Søren Serritzlew (2011). 'Jurisdiction Size and Local Democracy: Evidence on Internal Political Efficacy from Large-scale Municipal Reform'. *American Political Science Review* 105(2): 238-258.
- Laswell, Harold D. (1936). *Politics: Who Gets What, When, How*. Whittlesey House.
- Lê Madsen, Carsten og Ulrik Kjær (2015). *De sidste sande amatører. Kommunalpolitikere og deres rolle i det lokale demokrati*. Gyldendal Public.
- Madsen, Henrik (2012). *En overset succes? De danske amters historie fra 1970 til 2006*. Syddansk Universitetsforlag.
- Mortensen, Peter Bjerre (2009). 'Sorteper for viderekomne? Spillet mellem regering, kommuner og regioner' i Jens Blom-Hansen og Jørgen Elklit (red.), *Perspektiver på politik. Bidrag til samfundsdebatten*. Academica, s. 60-65.
- Mortensen, Peter Bjerre (2012). 'It's the Central Government's Fault': Elected Regional Officials' Use of Blame-Shifting Rhetoric'. *Governance* 25(3): 439-461.
- Mortensen, Peter Bjerre (2019). 'Statens forvaltning' i Jens Blom-Hansen, Peter Munk Christiansen, Thomas Pallesen og Søren Serritzlew (red.), *Offentlig forvaltning – et politologisk perspektiv*. 2. udgave. Hans Reitzels Forlag, s. 85-116.
- Mouritzen, Poul Erik (2010a). 'Regionerne og deres borgere', i Poul Erik Mouritzen (red.), *Opfundet til lejligheden. Evaluering af regionernes politiske styreform*. Syddansk Universitetsforlag, s. 279-298.
- Mouritzen, Poul Erik (2010b). 'Undersøgelsens design og metode', i Poul Erik Mouritzen (red.), *Opfundet til lejligheden. Evaluering af regionernes politiske styreform*. Syddansk Universitetsforlag, s. 29-40.
- Mouritzen, Poul Erik og James H. Svara (2002). *Leadership at the Apex. Politicians and Administrators in Western Local Governments*. University of Pittsburg Press.
- Mouritzen, Poul Erik (1997). 'Det kommunale selvstyre' i Peter Bogason (red.), *Forvaltning og stat*, Aarhus: Systime, s. 62-80.
- Oats, Wallace E. (1999). 'An Essay on Fiscal Federalism'. *Journal of Economic Literature* 37(3): 1120-1149.

- Opstrup, Niels (2010). 'Politikernes arbejdsbetingelser', i Poul Erik Mouritzen (red.), *Opfundet til lejligheden. Evaluering af regionernes politiske styreform*. Syddansk Universitetsforlag, s. 231-258.
- Opstrup, Niels, Heidi Houlberg Salomonsen, Anders Ryom Villadsen og Caroline Howard Grøn (2022). 'Under pres? En undersøgelse af kommunale og statslige chefers oplevelse af politisk pres'. *Administrativ debat* #2/ December 2022.
- Pedersen, Kjeld Møller (2023). 'Sundhedsklynger og patientforløb: ledelse i mellemrummet', i Elin Andersen, Lillian Fannikke, Kurt Klaudi Klausen og Kjeld Møller Pedersen (red.), *Ledelse i mellemrum. Et humanistisk perspektiv på offentligt lederskab*. Syddansk Universitetsforlag.
- Pedersen, Rasmus Tue, Ulrik Kjær, Julian Christensen, Ulf Hjelmar, Kurt Houlberg og Niels Bjørn Grund Petersen (2022). *Lokaldemokratiet og borgerne – en analyse af borgernes syn på det kommunale demokrati 2001-2021*. VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Pedersen, Rasmus Tue, Niels Bjørn Grund Petersen, Ida Vidar Kristensen, Kurt Houlberg og Lene Holm Pedersen (2021). *Kommunalpolitisk barometer 2021*. VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Pedersen, Rasmus Tue og Mads Thau (2019). *Udvalgsstyret i danske kommuner. Demokratisk ansvarsplacering, politisk lederskab og professionalisme i udvalgsstyret og alternative styreformere*. VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Pitkin, Hanna F. (1967). *The Concept of Representation*. University of California Press.
- Serritzlew, Søren og Jens Blom-Hansen (2014). 'Budgetlægning i kommuner og regioner', i Peter Munk Christiansen (red.), *Budgetlægning og offentlige udgifter*. Hans Reitzels Forlag, s. 170-202.
- Rafn, Andreas Holt og Filip Strunge Steffensen (2023). *Rollefordelingen mellem politikere og embedsmænd i de danske regioner. En undersøgelse af lavpolitiske institutioners betydning for rollefordelingen mellem politikere og embedsmænd*. Speciale, Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet.
- Rothstein, Bo (2009). 'Creating Political Legitimacy: Electoral Democracy Versus Quality of Government'. *American Behavioral Scientist* 53(3): 311-330.
- Sharpe, Laurence James (1970). 'Theories and Values of Local Government'. *Political Studies* 18(2): 153-174.
- Strukturkommissionen (2004). *Strukturkommissionens betænkning. Hovedbetænkningen*. Strukturkommissionens betænkning, nr. 1434, januar 2004.
- Tiebout, Charles M. (1956). 'A Pure Theory of Local Expenditures'. *The Journal of Political Economy* 64(5): 416-424.

Bilag 11:

Ældre med højest forbrug af
sundheds- og plejeydelser

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Ældre med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser

Januar 2024



Indenrigs- og
Sundhedsministeriets
BENCHMARKINGENHED

Publikationen kan hentes på hjemmesiden for
Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed:
www.benchmark.dk

Henvendelse om publikationen kan ske til kontaktpersonen
på analysen, som fremgår af hjemmesiden.

Indhold

1 Ledelsesresumé	3
2 Indledning.....	7
3 Metode	8
3.1 Afgrænsning af population, hovedindikator og periode.....	8
3.2 Datakilder.....	8
3.3 Klyngeanalyse	9
4 Fordeling af sundheds- og plejeforbruget	10
4.1 Fordeling af sundheds- og plejeydelser	10
4.2 Forbrugssammensætning.....	12
5 Ældre med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser.....	17
5.1 Fire profiler af ældre borgere med højest forbrug af ydelser.....	18
5.2 Kontakter til praksis- og sygehussektor	22
5.3 Profilerens sociodemografiske karakteristika	25

1 Ledelsesresumé

I 2022 blev der anvendt omkring 90,2 mia. kr. på sundheds- og plejeydelser til ældre borgere, svarende til et gennemsnitligt forbrug på i alt 75.422 kr. per person over 65 år.¹ I denne analyse undersøger vi fordelingen af det samlede forbrug af sundheds- og plejeydelser nærmere, hvor der stilles skarpt på personer over 65 år med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser.

Vi undersøger hvordan forbruget af de forskellige sundheds- og plejeydelser er sammensat blandt ældre med højest forbrug. For at give et mere nuanceret billede af ældre med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser og undersøge, om der er en variation i forbrugsmønstret, opdeler vi gruppen af ældre med højest forbrug på forskellige profiler. Vi undersøger desuden forskelle og ligheder blandt de enkelte profiler i forhold til deres kontakter til sundhedsvæsenet og deres sociodemografiske karakteristika.

Analysen bidrager med ny viden om ældre borgere med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser og kan ses som et supplement til den tidligere offentliggjorte analyse om geografiske forskelle i ældres forbrug af sundheds- og plejeydelser.

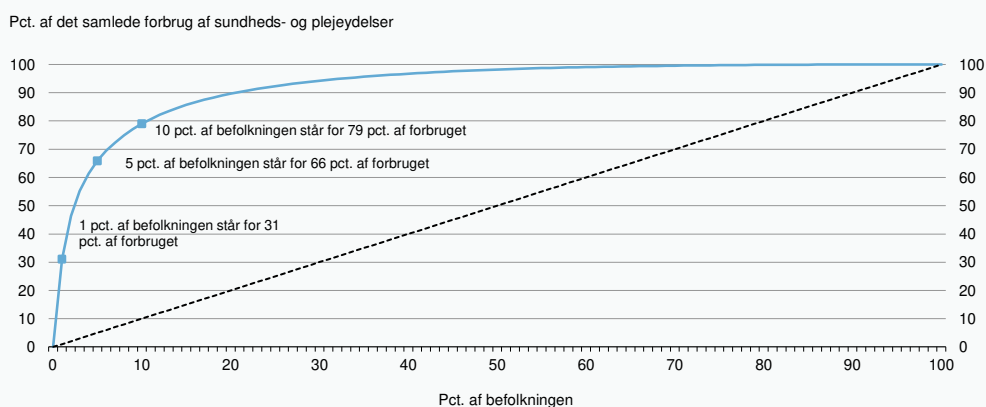
Analysen er bestilt af Sundhedsstrukturkommissionen og finansieret af Sundhedsstrukturkommissionens sekretariat.

Sundheds- og plejeforbruget er ulige fordelt blandt befolkningen

Forbruget af sundheds- og plejeydelser er relativt ulige fordelt på tværs af befolkningen, idet en lille del af befolkningen står for hovedparten af forbruget af sundheds- og plejeydelser. Dette gælder, uanset hvor i landet befolkningen bor. Således står 10 pct. af befolkningen for 79 pct. af sundheds- og plejeforbruget, hvilket svarer til 79 pct. af det samlede forbrug, jf. figur 1.1.

Figur 1.1

Fordeling af det samlede forbrug af sundheds- og plejeydelser i befolkningen, 2022



Anm.: Den stiplede linje angiver perfekt lige fordeling af sundheds- og plejeforbruget. Forbruget af sundheds- og plejeydelser er baseret på 97 kommuner og omfatter praksissektor, inkl. receptpligtig medicin, sygehussektor og den kommunale sektor (hjemmesygepleje, hjemmepleje og plejebolig).

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Ældre borgere er overrepræsenteret blandt de 10 pct. af befolkningen med højest forbrug

Ældre over 65 år udgør omkring 20 pct. af befolkningen, men ud af de 10 pct. af befolkningen med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser, er mere end hver anden person 65 år eller derover. De 65+-årige, der er blandt de 10 pct. af hele befolkningen med højest forbrug af ydelser, har et samlet forbrug af sundheds- og plejeydelser på næsten 80 mia. kr. Dette svarer til mere end halvdelen af hele befolkningens forbrug af sundheds- og plejeydelser, og hele 70 pct. af 10 pct.-gruppens samlede forbrug af sundheds- og plejeydelser. Det indebærer, at ældre borgere, der er blandt de 10 pct. af befolkningen med højest forbrug, i gennemsnit har et højere forbrug end den resterende del af 10 pct.-gruppen. Dette hænger naturligvis sammen med, behovet for behandling og pleje er stigende med alderen. Jo højere alder, jo højere forbrug af sundheds- og plejeydelser. Ældre, der er blandt de 10 pct. af befolkningen med højest forbrug af ydelser, udgør omkring 325.900 personer, hvilket svarer til 28 pct. af alle ældre.

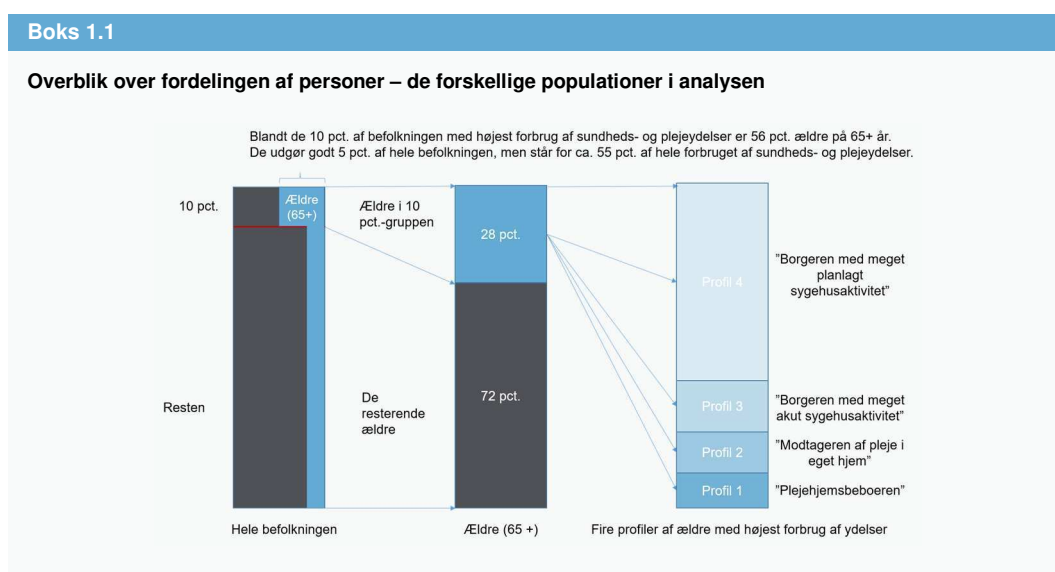
De fleste ældre med højt forbrug af ydelser har berøring med alle tre sektorer

Flertallet af ældre med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser har et forbrug af ydelser i alle tre sektorer, dvs. sygehussektor, praksissektor og den kommunale sektor. Helt præcist gælder dette 59 pct. af ældre med højest forbrug. Omkring 34 pct. af denne gruppe har et forbrug både i praksis- og sygehussektoren, men ikke i den kommunale sektor, mens 7 pct. har et forbrug både i praksissektoren og i den kommunale sektor, men ikke i sygehussektoren.

Ældre, der er blandt de 10 pct. af befolkningen med højest forbrug af ydelser, har et regionalt forbrug, der primært består af akutte indlæggelser og planlagte ambulante ophold, mens det er plejeboligforbruget, der fylder mest ud af deres kommunale forbrug. Det skal ses i lyset af, at plejebolig er en forholdsvis omkostningstung ydelse, og alle plejehjembeboere er dermed blandt de 10 pct. af befolkningen med højest forbrug.

Fire forskellige profiler af ældre med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser

For at give et mere nuanceret billede af de ældre, der er blandt de 10 pct. af befolkningen med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser, har vi ved hjælp af en klyngeanalyse inddelt gruppen i fire profiler på baggrund af deres gennemsnitlige forbrug af de enkelte sundheds- og plejeydelser i 2022. I boks 1.1 er der et overblik over de forskellige populationer.



I boks 1.2 er de fire profiler beskrevet nærmere. Betegnelser for de fire profiler er ikke nødvendigvis 100 pct. dækkende, men de giver et hovedindtryk af gruppen.

Boks 1.2

De fire profiler af ældre med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser



”Plejhjemsbeboeren”

Udgør omkring 37.700 personer, hvilket svarer til 0,6 pct. af hele befolkningen, men de står for ca. 19 pct. af det samlede forbrug af sundheds- og plejeydelser. Den enkelte plejhjemsbeoer har i gennemsnit et forbrug af sundheds- og plejeydelser på ca. 719.400 kr. om året. I langt overvejende grad er der tale om forbrug i den kommunale sektor, mens forbruget af regionale ydelser er begrænset. Profilen står for 50 pct. af det samlede kommunale forbrug, men for blot 2 pct. af det samlede sygehusforbrug, og for 3 pct. af det samlede praksissektorforbrug. En nærmere undersøgelse af forbrugssammensætningen viser, at det er plejeboligforbruget, der fylder det meste af gruppens kommunale forbrug. Sammenlignet med de øvrige profiler har denne profil også højest forbrug af almen praksis- og fysioterapiydelser.

Plejhjemsbeboeren har forholdsvis mange kontakter til praksissektoren om året, herunder til alment praktiserende læge, men er i mindre grad i kontakt med sygehussektoren.

Plejhjemsbeboeren er i gennemsnit 83 år og som oftest en kvinde. Stort set alle er enker/enkemænd eller enlige, og næsten en tredjedel har relativt kort restlevetid. Mere end tre ud af fire har en kronisk sygdom, omkring 45 pct. lider af demens, og hver tredje er multisyg.



”Modtageren af pleje i eget hjem”

Udgør omkring 40.000 personer, hvilket svarer til 0,7 pct. af hele befolkningen, men de står for ca. 9 pct. af det samlede forbrug af sundheds- og plejeydelser. Den enkelte modtager af pleje i eget hjem har i gennemsnit et forbrug af sundheds- og plejeydelser på omkring 325.600 kr. om året. Profilen har forholdsvis lavt sygehusforbrug og forholdsvis højt kommunalt forbrug. Profilen står for 3 pct. af det samlede forbrug i sygehussektoren, for 3 pct. af hele praksissektorforbrug samt for 20 pct. af forbruget i den kommunale sektor. Det er særligt forbruget af personlig pleje og hjemmesygepleje, der fylder. Sammenlignet med de andre profiler, har denne profil også højest forbrug af praktisk hjælp og et højt receptpligt medicinforbrug.

Modtageren af pleje i eget hjem har forholdsvis mange kontakter til praksissektoren og de fleste er også årligt i kontakt med sygehusvæsenet – men i mindre grad end de to næste profiler.

Modtageren af pleje i eget hjem ligner i høj grad plejebesboeren. Det er også som oftest en kvinde, som i gennemsnit er 82 år gammel og mere end tre ud fire er enten en enke/enkemand eller enlig. Mere end 70 pct. har en kronisk sygdom, godt 30 pct. er multisyge. *Modtageren af pleje i eget hjem* adskiller sig fra *plejhjemsbeboeren* ved at betragteligt færre lider af demens, og flere har en længere restlevetid.

”Borgeren med meget akut sygehusaktivitet”



Udgør omkring 29.600 personer, svarende til 0,5 pct. af hele befolkningen, men de står for 6 pct. af det samlede forbrug af sundheds- og plejeydelser. Den enkelte borger med meget akut sygehusaktivitet har i gennemsnit et forbrug af sundheds- og plejeydelser på 279.600 kr. om året. Forbruget er nogenlunde lige fordelt mellem regionale og kommunale ydelser. Profilen står for 5 pct. af det samlede sygehusforbrug, for 2 pct. af det samlede praksissektorforbrug og for 9 pct. af det samlede kommunale forbrug. Det er særligt forbruget af akutte indlæggelser, der fylder. Det er næsten dobbelt så højt som for profilen med næsthøjest forbrug af de akutte indlæggelser. Sammenlignet med de øvrige profiler, har denne profil også et højt forbrug af akut ambulante ophold.

Borgeren med meget akut sygehusaktivitet har både mange kontakter til praksissektoren og sygesektoren, herunder længst liggetid pr. indlæggelse og flest genindlæggelser.

Borgeren med meget akut sygehusaktivitet er 81 år gammel og hyppigst en kvinde. En tredjedel lever i par, mens resten er enker/enkemænd eller enlige. Godt en tredjedel har en kort restlevetid, og 30 pct. har høj sygelighed. Derudover har næsten 70 pct. mindst én kronisk sygdom og næsten 30 pct. er multisyge.

”Borgeren med meget planlagt sygehusaktivitet”



Udgør ca. 219.000 personer, svarende til 3,8 pct. af hele befolkningen og er dermed den klart største gruppe af ældre med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser. De står for 22 pct. af det samlede forbrug af sundheds- og plejeydelser. Den enkelte borger med meget planlagt sygehusaktivitet har i gennemsnit et forbrug af sundheds- og plejeydelser på ca. 142.700 kr. om året. I langt overvejende grad er der tale om forbruget i den regionale sektor, mens forbruget af kommunale ydelser er begrænset. Profilen står for 33 pct. af det samlede sygehusforbrug, for 12 pct. af det samlede praksissektorforbrug og for 10 pct. af det samlede kommunale forbrug. Det er særligt forbruget af planlagte sygehusophold, der fylder – det gælder både planlagte indlæggelser og planlagte ambulante ophold, og sammenlignet med andre profiler har denne profil også højest forbrug af den praktiserende speciallæge.

Borgeren med meget planlagt sygehusaktivitet har i gennemsnit færrest kontakter til almen praksis, mens langt størstedelen har planlagte ambulante kontakter.

Borgeren med meget planlagt aktivitet adskiller sig fra de andre profiler i forhold til profilens socio-demografiske karakteristika. Der er nogenlunde lige mange kvinder og mænd med denne profil, og de er i gennemsnit 76 år gamle. Mere end halvdelen lever i par, og hovedparten har længere restlevetid. Det er en profil, hvor 30 pct. ikke har en nævneværdig sygelighed, under 60 pct. har en kronisk sygdom og 20 pct. er multisyge.

Ikke så store geografiske forskelle af ældre med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser

Der er kun mindre variationer på tværs af landet i andelen af ældre, der er blandt de 10 pct. af befolkningen med højest forbrug af ydelser. Andelen af ældre med højest forbrug varierer fra ca. 26 til 29 pct. mellem regionerne. På tværs af kommunerne er der lidt større variationer, idet andelen af ældre med højest forbrug spænder fra 24 pct. til 32 pct. Ligeledes er der kun mindre geografiske forskelle i fordelingen af ældre med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser på de fire profiler.

I Bilag 1 og 2 kan du se henholdsvis regionale og kommunale andele af ældre med højest forbrug af ydelser samt fordelingen af de fire profiler.

2 Indledning

I 2022 blev der anvendt omkring 90,2 mia. kr. på sundheds- og plejeydelser til ældre borgere, svarende til et gennemsnitligt forbrug på i alt 75.422 kr. per person over 65 år. Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed har i en tidligere analyse² undersøgt geografiske forskelle i ældres forbrug af sundheds- og plejeydelser på tværs af kommuner, regioner og sundhedsklynger.

I denne analyse undersøger vi fordelingen af det samlede forbrug af sundheds- og plejeydelser³ i befolkningen nærmere, med fokus på ældre borgere. I analysen stilles der skarpt på personer over 65 år med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser.

Vi undersøger hvordan forbruget af de forskellige sundheds- og plejeydelser er sammensat blandt ældre med højest forbrug. For at give et mere nuanceret billede af ældre med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser og undersøge, om der er en variation i forbrugsmønstret, opdeler vi gruppen af ældre med højest forbrug på forskellige profiler. Vi undersøger desuden forskelle og ligheder blandt de enkelte profiler i forhold til deres kontakter til sundhedsvæsenet og deres sociodemografiske karakteristika.

Analysen bidrager med ny viden om ældre borgere med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser og kan ses som et supplement til den tidligere offentliggjorte analyse om geografiske forskelle i ældres forbrug af sundheds- og plejeydelser.

I **kapitel 3** præsenteres den anvendte metode.

I **kapitel 4** undersøger vi fordeling af sundheds- og plejeydelser blandt hele befolkningen samt blandt ældre borgere. Vi undersøger også fordeling af forbruget på tværs af sektorer og sammensætningen af forbruget på de enkelte ydelser.

I **kapitel 5** gives der en beskrivelse af forskellige profiler af ældre med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser med hensyn til deres forbrug af de enkelte ydelser, deres kontakter i sundhedsvæsenet samt deres sociodemografiske forhold.

I **Bilag 1 og bilag 2** kan man desuden se udvalgte resultater på henholdsvis regions- og kommunalt niveau.

Analysen er finansieret af Sundhedsstrukturkommissionens sekretariat.

² Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed (2023) - Geografiske forskelle i ældres forbrug af sundheds- og plejeydelser.

³ Sundheds- og plejeydelser omfatter sygehusforbrug, praksissektorforbrug, og forbruget i den kommunale sektor (hjemmesygepleje, personlig pleje, praktisk hjælp og plejebolig).

3 Metode

3.1 Afgrænsning af population, hovedindikator og periode

Analysen tager udgangspunkt i hele befolkningen primo 2022, og fokus i analysen er ældre på 65+ år.

Hovedindikator i analysen er forbrug af sundheds- og plejeydelser, opgjort som sygehusforbrug, praksissektorforbrug og forbruget i den kommunale sektor – herunder hjemmesygepleje, personlig pleje, praktisk hjælp og plejebolig. Sygehus- og praksissektorforbruget er individbaseret udgiftsdata (henholdsvis DRG-værdier og honorar til yderne), mens kommunalt forbrug beregnes på baggrund af individbaseret aktivitetsdata, og med afsæt i disse aktivitetsdata omregnes aktiviteterne til udgifter på baggrund af landsplanspriser for de forskellige aktivitetstyper.

Forbruget opgøres i løbet af 2022. Analysen baseres på alle kommuner på nær Frederikshavn Kommune, pga. dataudfordringer i de kommunale aktivitetsdata.

Nærmere information om opgørelsen af forbruget af sundheds- og plejeydelser fremgår af Bilag 7 – Metode til analysen Geografiske forskelle i ældres forbrug af sundheds- og plejeydelser, Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed (2023).

3.2 Datakilder

I tabel 3.1 er der angivet en oversigt over de ydelser, vi medtager i analysen fra de tre sektorer sammen med de tilhørende datakilder.

Oversigt datakilder for de enkelte hovedindikatorer			
	Ydelser	Register	Kontoplan
Praksissektor	Almen praksis Praktiserende speciallæge Tandlæge ¹⁾ , Fysioterapi (inkl. vederlagsfri fysio- terapi, kiropraktor, fodterapi o.l.) Receptpligtig medicin	SSR LMBD (Sundhedsdatastyrelsen)	
	Sygehussektor	Planlagt sygehusforbrug (planlagt am- bulant, planlagt indlæggelse, udekon- takt, virtuel kontakt m.m) Akut sygehusforbrug (akut ambulat inkl. vagtlæge ²⁾ , akut indlæggelse)	DRG (Sundhedsdatastyrelsen)
Kommunal sektor	Personlig pleje	AEFV	5.30.26 og 5.38.38
	Praktisk hjælp	AEFV	5.30.26 og 5.38.38
	Plejebolig	AEPB	5.30.27
	Hjemmesygepleje	AEHJSP (Danmarks Statistik)	5.30.28 (Statistikbanken, REG 100)

Anm.: 1) Vi medtager tandlægeforbrug i det samlede forbrug af praksissektorydelser og det samlede forbrug af sundheds- og plejeydelser, men foretager ikke særskilte analyser af forbruget af tandlægeområdet. 2) Pga. forskelle i organisering af vagtlægeordningen mellem regionerne er forbruget af vagtlæge i denne analyse sat sammen med akut ambulat sygehusforbrug.

I Tabel 3.2 fremstår de øvrige variable, der indgår i analysen.

Tabel 3.2

Anvendte variable

Variabel	Kilde
Alder, køn, herkomst, civilstand, bopælsregion og kommune	BEF – DST
Afstand til død	DOD – DST og DREAM databasen
Højest fuldførte uddannelse	UDDF – DST
Charlsons Komorbiditetsindeks (CCI)	LPR og RUKS - Sundhedsdatastyrelsen
Kroniske sygdomme	RUKS
Kontakter i praksissektoren	SSR – Sundhedsdatastyrelsen
Sygehuskontakter	LPR – Sundhedsdatastyrelsen

3.3 Klyngeanalyse

I denne analyse har vi foretaget en såkaldt cluster- eller klyngeanalyse, som er en statistisk metode til brug for systematisk gruppering af observationer i klynger eller segmenter på baggrund af registerdata. Klyngeanalysen er anvendt til at danne forskellige profiler af ældre med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser, og metoden giver dermed et mere nuanceret billede af ældre med højest forbrug af ydelser. Ved anvendelse af metoden sker der en mekanisk inddeling af individerne ud fra hvilke ligheder og forskelle de har med hinanden, og hver enkel individ bliver således placeret i klynge med dem, som de er "tættest på" ud fra de valgte variable. I analysen har vi valgt at danne klynger på baggrund af individernes gennemsnitlige forbrug af de enkelte sundheds- og plejeydelser. De enkelte sundheds- og plejeydelser er: Almen praksis, praktiserende speciallæge, fysioterapi mv., medicin, planlagt ambulant kontakt, planlagt indlæggelse, planlagt virtuel/udekontakt, akut ambulant kontakt, akut indlæggelse, hjemmesygepleje, plejebolig, personlig pleje, praktisk hjælp.

Da det relative størrelsesforhold mellem de forskellige sundheds- og plejeydelser er ret forskelligt – eksempelvis er almen praksisforbruget i gennemsnit meget mindre udgiftstung end plejeboligforbruget, er der først foretaget standardisering af variablerne, der sikrer, at variablerne har en mere ensartet skala. Dermed sikres det, at variablerne med de største standardafvigelse ikke tildeles større betydning end andre variable i forbindelse med dannelse af klyngerne. Selve klyngeanalysen er foretaget som en kombination mellem en hierarkisk og ikke-hierarkisk klyngeanalyse⁴. På den baggrund endte vi med at identificere i alt fire klynger eller profiler af ældre med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser.

⁴ Med inspiration fra bl.a. Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (2018): Grupper af fleksjobbere før og efter reformen 2013 og Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (2019): Hvem er uddannelseshjælpsmodtagerne?

4 Fordeling af sundheds- og plejeforbruget

I dette kapitel undersøger vi fordelingen af sundheds- og plejeydelser blandt hele befolkningen og med særlig fokus på ældre borgere på 65 år og derover. For ældre blandt de 10 pct. af befolkningen med højest forbrug af ydelser undersøger vi fordeling af forbruget på tværs af sektorer og sammensætningen af forbruget på de enkelte ydelser.

3 CENTRALE KONKLUSIONER FRA KAPITLET

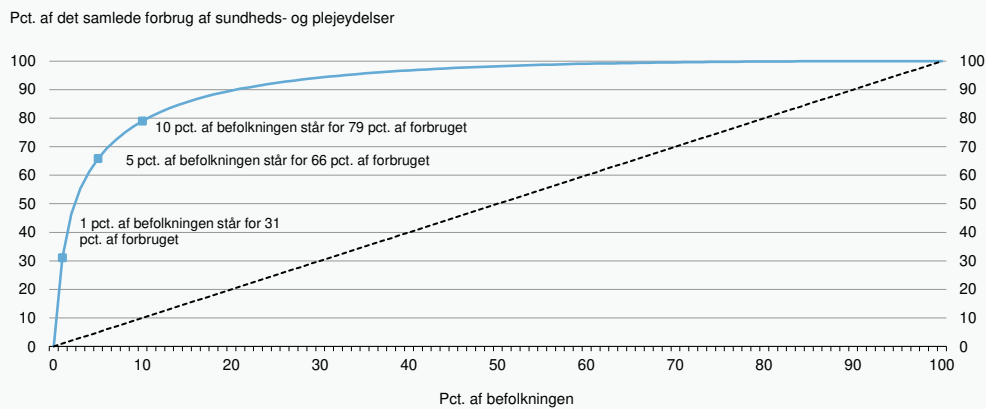
- Forbruget af sundheds- og plejeydelser er relativt ulige fordelt på tværs af befolkningen, idet en lille del af befolkningen står for hovedparten af forbruget af sundheds- og plejeydelser. Dette gælder, uanset hvor i landet befolkningen bor. Således står 10 pct. af befolkningen for næsten 80 pct. af hele forbruget af sundheds- og plejeydelser.
- Ældre på 65+ år udgør omkring 20 pct. af befolkningen, men ud af de 10 pct. af befolkningen med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser, er mere end hver anden person 65 år eller derover. De 65+-årige, der er blandt de 10 pct. af hele befolkningen med højest forbrug af ydelser, har et samlet forbrug af sundheds- og plejeydelser på næsten 80 mia. kr. Dette svarer til mere end halvdelen af hele befolkningens forbrug af sundheds- og plejeydelser. Ældre, der er blandt de 10 pct. af befolkningen med højest forbrug af ydelser, består af omkring 325.900 personer, svarende til 28 pct. af alle ældre.
- Flertallet af ældre med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser har et forbrug af ydelser i alle tre sektorer. Helt præcist gælder dette 59 pct. af ældre med højest forbrug. Omkring 34 pct. af denne gruppe har et forbrug både i praksis- og sygehussektoren, men ikke i den kommunale sektor, mens 7 pct. har et forbrug både i praksissektoren og i den kommunale sektor, men ikke i sygehussektoren. Deres regionale sundhedsforbrug består primært af akutte indlæggelser og planlagte ambulante ophold, mens det er plejeboligforbruget, der fylder mest ud af deres kommunale forbrug. Det skal ses i lyset af, at plejebolig er en forholdsvis omkostningstung ydelse, og alle plejehjembeboere er dermed blandt de 10 pct. af befolkningen med højest forbrug.

4.1 Fordeling af sundheds- og plejeydelser

Generelt er forbruget af sundheds- og plejeydelser relativt ulige fordelt på tværs af befolkningen, idet en lille del af befolkningen står for hovedparten af forbruget af sundheds- og plejeydelser. Således står 1 pct. af hele befolkningen for ca. 45 mia. kr., svarende til 31 pct. af det samlede forbrug af sundheds- og plejeydelser, 5 pct. af befolkningen står for ca. 95 mia. kr. svarende til 66 pct. af forbruget, mens 10 pct. af befolkningen står for ca. 114 mia. kr., svarende til ca. 79 pct. af hele forbruget, jf. figur 4.1. Havde der været helt lige fordelt forbrug, ville 10 pct. af befolkningen stå for 10 pct. af det samlede forbrug.

Figur 4.1

Fordeling af det samlede forbrug af sundheds- og plejeydelser i befolkningen, 2022



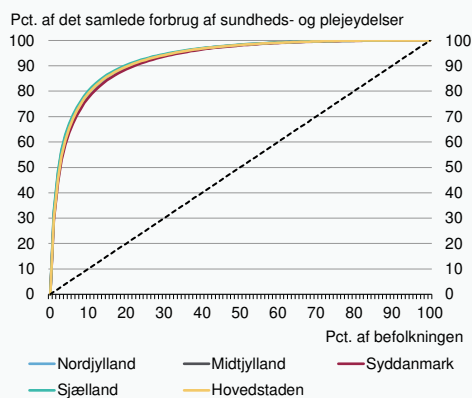
Anm.: Den stiplede linje angiver perfekt lige fordeling af sundheds- og plejeforbruget. Forbruget af sundheds- og plejeydelser er baseret på 97 kommuner og omfatter praksissektor, inkl. receptpligtig medicin, sygehussektor og den kommunale sektor (hjemmesygepleje, hjemmepleje og plejebolig).

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Stort set samme billede ses, uanset hvilken region befolkningen bor i. I alle fem regioner er det sådan, at en lille del af regionens befolkning står for en forholdsvis stor del af regionens samlede forbrug af sundheds- og plejeydelser, jf. figur 4.2.

Figur 4.2

Fordeling af det samlede forbrug af sundheds- og plejeydelser på tværs af regioner, 2022

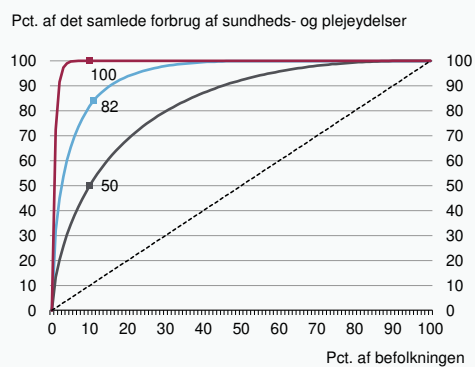


Anm.: Den stiplede linje angiver perfekt lige fordeling af sundheds- og plejeforbruget. Forbruget af sundheds- og plejeydelser er baseret på 97 kommuner og omfatter praksissektor, inkl. receptpligtig medicin, sygehussektor og den kommunale sektor (hjemmesygepleje, hjemmepleje og plejebolig).

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Figur 4.3

Fordeling af forbruget inden for sektorer, 2022

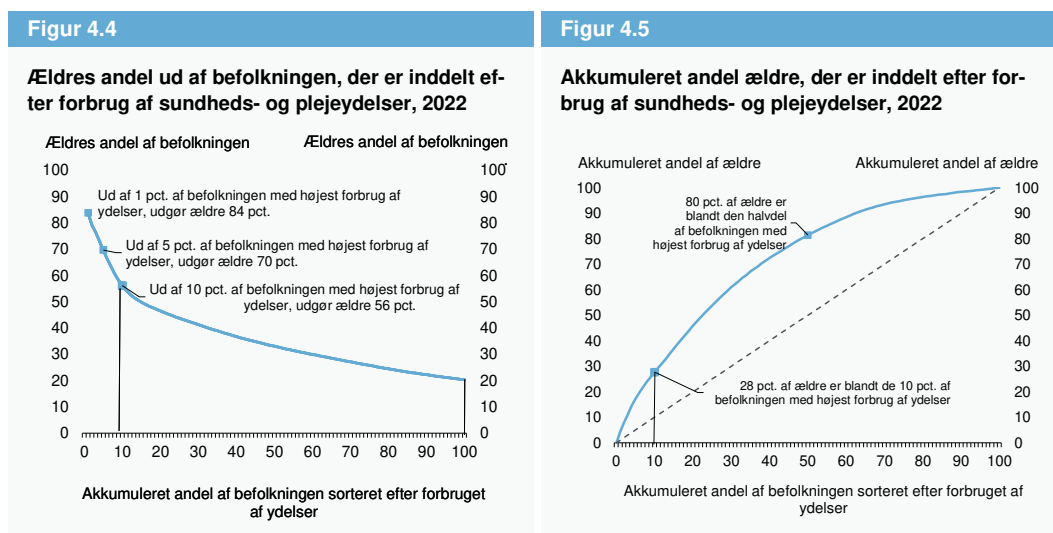


Der er forskelle på, hvor skævt forbruget af sundheds- og plejeydelser er fordelt på tværs af befolkningen, alt efter i hvilken sektor forbruget er koncentreret i. Analysen viser, at 10 pct. af befolkningen står for mere end 80 pct. af det samlede sygehusforbrug, jf. figur 4.3. Forbruget i praksissektoren er noget mindre ulige fordelt – her står 10 pct. af befolkningen for halvdelen af praksissektorforbruget. Forbruget i den kommunale sektor er derimod meget skævt fordelt på tværs af befolkningen. Knap 7 pct. af hele befolkningen står for hele forbruget, hvor de altså modtager kommunal pleje enten i eget hjem eller i plejebolig og/eller modtager hjemmesygepleje.

En forholdsvis stor del af forbruget af sundheds- og plejeydelser er koncentreret blandt den ældste del af befolkningen. Ældre over 65 år udgør omkring 20 pct. af befolkningen, men ud af de 10 pct. af befolkningen med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser, er mere end hver anden person 65 år eller derover, jf. figur 4.4.

De 65+-årige, der er blandt de 10 pct. af hele befolkningen med højest forbrug af ydelser, har et samlet forbrug af sundheds- og plejeydelser på næsten 80 mia. kr. Dette svarer til mere end halvdel af hele befolkningens forbrug af sundheds- og plejeydelser, og hele 70 pct. af 10 pct.-gruppens samlede forbrug af sundheds- og plejeydelser. Det indebærer, at den enkelte ældre, der er blandt de 10 pct. af befolkningen med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser, i gennemsnit har et højere forbrug end den resterende del af 10 pct.-gruppen.

Dette hænger naturligvis sammen med, behovet for behandling og pleje er stigende med alderen. Jo højere alder, jo højere forbrug af sundheds- og plejeydelser. Således er 80 pct. af ældre på 65+ år blandt den halvdel af befolkningen med højest forbrug af ydelser, jf. figur 4.5. Ældre, der er blandt de 10 pct. af befolkningen med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser består af omkring 325.900 personer, svarende til 28 pct. af alle ældre.



Anm.: Forbruget af sundheds- og plejeydelser er baseret på 97 kommuner og omfatter praksissektor, inkl. receptpligtig medicin, sygehussektor og den kommunale sektor (hjemmesygepleje, hjemmepleje og plejebolig).
 Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Den resterende del af analysen vil fokusere på denne gruppe af ældre – altså ældre blandt de 10 pct. af befolkningen med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser⁵. De resterende ældre – altså ældre, der ikke er blandt de 10 pct. af befolkningen med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser, vil benyttes som sammenligningsgrundlag.

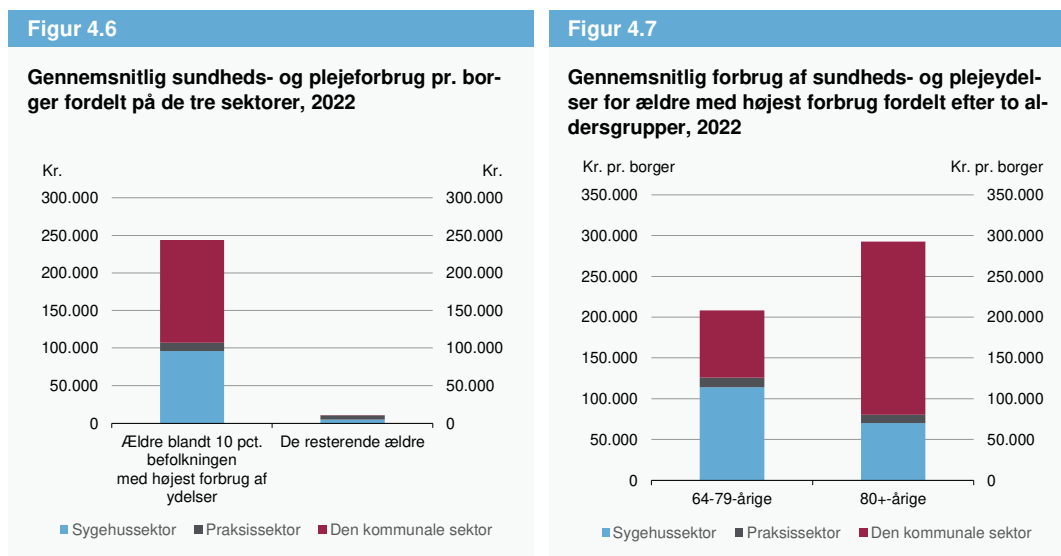
4.2 Forbrugssammensætning

Ældre i 10 pct.-gruppen har et gennemsnitligt årligt sundheds- og plejeforbrug på omkring 243.700 kr. pr. person, jf. figur 4.6. Heraf udgør ca. 95.800 kr. sygehusforbruget, forbruget i praksissektoren

⁵ I rapporten skriver vi ind imellem ældre med højeste forbrug, eller ældre i 10 pct.-gruppen, det henviser det til de ældre, der er blandt de 10 pct. af befolkningen med højest forbrug af ydelser.

udgør ca. 11.300 kr., mens ca. 136.600 kr., og altså mere end halvdelen, udgøres af forbruget af de kommunale plejeydelser.

Til sammenligning er forbruget for "den resterende gruppe af ældre" – altså de 65+-årige, der ikke er blandt de 10 pct. af befolkningen med højest forbrug af ydelser, i gennemsnit ca. 10.800 kr. pr. person om året, hvilket er ca. 23 gange lavere end for ældre i 10 pct.-gruppen. Stort set hele de resterende ældres forbrug er i koncentreret kun i den regionale sektor, ligeligt fordelt mellem praksissektoren og sygehussektoren, mens blot 7 pct. af forbruget er i den kommunale sektor.



Anm.: Forbruget af sundheds- og plejeydelser er baseret på 97 kommuner. Udgifter til praksissektor omfatter også receptpligtig medicin. Udgifter i den kommunale sektor omfatter hjemmesygepleje, hjemmepleje og plejebolig.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Generelt hænger forbrug af sundheds- og plejeydelser sammen med alderen. Jo ældre en person er, desto højere er forbruget af ydelser. Det er sådan, at ældre, der er blandt de 10 pct. af befolkningen med højest forbrug af ydelser, i gennemsnit er ældre end de resterende ældre borgere⁶. En del af forskellen mellem ældre med højest forbrug og de resterende ældre kan dermed skyldes forskellen i alderen. Ser vi imidlertid på gruppen af ældre med højest forbrug af ydelser, er både de 64-79-åriges og de 80+-åriges gennemsnitlige forbrug på hhv. ca. 208.500 kr. og knap 293.000 kr. meget højere end de resterende ældres forbrug på 10.800 kr., jf. figur 4.7 og 4.6.⁷ Alder kan altså ikke alene forklare forskellen.

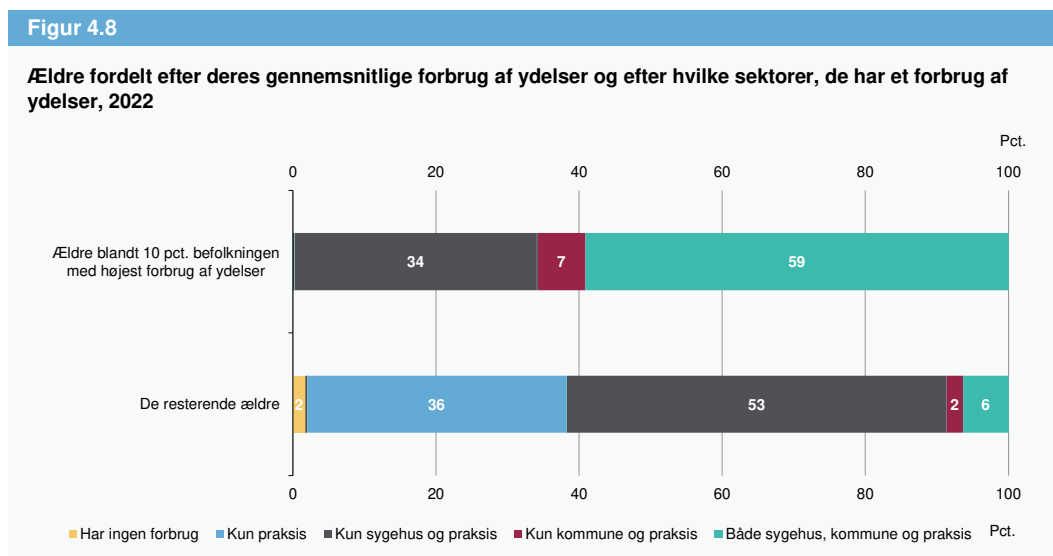
De 80+-årige med højest forbrug af ydelser har dog i gennemsnit et højere forbrug end de 64-79-årige med højest forbrug af ydelser, og forbruget synes at være forskelligt fordelt mellem sektorer. Blandt de 64-79-årige med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser er mere end halvdelen (ca. 55 pct.) af forbruget koncentreret i sygehussektoren, mens mere end 70 pct. af forbruget blandt de 80+-årige er koncentreret i den kommunale sektor.

⁶ Blandt gruppen af ældre med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser er 58 pct. mellem 64 og 79 år, mens de resterende 42 pct. i gruppen er over 80 år. Gennemsnitsalderen er 78 år. Tilsvarende fordeling blandt de resterende ældre er, at de 64-79-årige udgør 82 pct., mens de 80+-årige udgør de sidste 18 pct., og gennemsnitsalderen er 74 år.

⁷ Inddeles de øvrige ældre efter de to aldersgrupper kan de 64-79-åriges gennemsnitlige forbrug af sundheds- og plejeydelser opgøres til omkring 10.300 kr., mens de 80+-åriges gennemsnitlige forbrug kan opgøres til 13.600 kr. Selv for de ældste blandt de resterende ældre, der ikke er blandt de 10 pct. af befolkningen med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser, er forbruget dermed betydeligt mindre end både for de yngste og ældste ældre i 10 pct.-gruppen.

Flertallet af ældre med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser har et forbrug af ydelser i alle tre sektorer. Helt præcist gælder dette 59 pct. af ældre med højest forbrug, jf. figur 4.8. Omkring 34 pct. af denne gruppe har et forbrug i både praksis- og sygehussektoren, men ikke i den kommunale sektor, mens 7 pct. har et forbrug i både praksissektoren og i den kommunale sektor, men har ikke et sygehusforbrug.

Til sammenligning har blot 6 pct. af de resterende ældre et forbrug af ydelser i alle tre sektorer. Lidt over halvdelen har et forbrug af ydelser både i praksis- og sygehussektoren, men ikke i den kommunale sektor, mens ca. 36 pct. har alene et forbrug i praksissektoren.



Anm.: Forbruget af sundheds- og plejeydelser er baseret på 97 kommuner. Udgifter til praksissektor omfatter også receptpligtig medicin. Udgifter i den kommunale sektor omfatter hjemmesygepleje, hjemmepleje og plejebolig. Nogle af kategorierne er så små, at det ikke kan ses i figuren. Det gælder kategorierne "Kun sygehus" samt "Kun sygehus og praksis", der udgør under 0,5 pct. for begge grupper af ældre og kan derfor ikke ses af figuren. "Har ingen forbrug" er lig 0 for gruppen af ældre blandt 10 pct. af befolkningen med højest forbrug af ydelser.

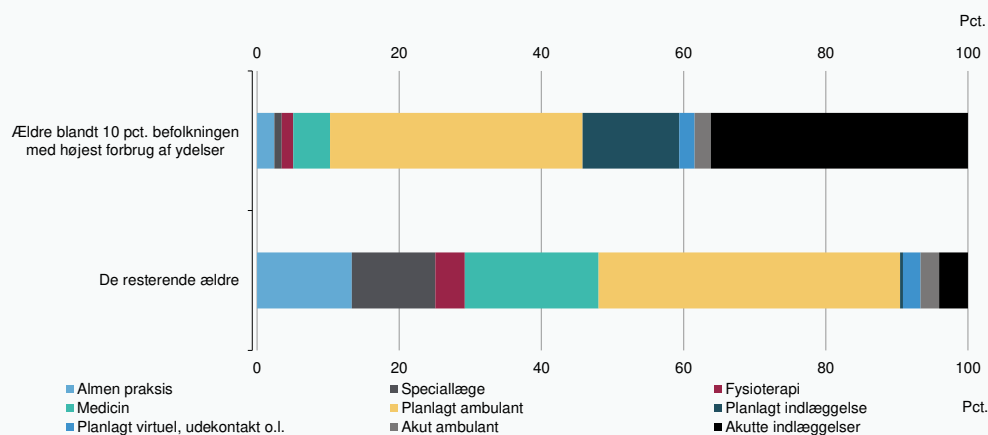
Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Sammensætning af forbruget på enkelte kontakttyper og ydelser

I det følgende ser vi på fordelingen af de enkelte ydelser inden for henholdsvis den regionale og den kommunale sektor. I dette afsnit ser vi på gennemsnitsbetragtninger for hele gruppen af ældre med højest forbrug af ydelser sammenlignet med de resterende ældre. I kapitel 5 inddeler vi gruppen af ældre med højest forbrug af ydelser i fire forskellige profiler, som har forskellig sammensætning af forbruget af sundheds- og plejeydelser.

Ser vi først på det regionale forbrug, har ældre med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser et forholdsvis højt forbrug af akutte sygehusindlæggelser og planlagte ambulante kontakter, idet disse to typer kontakter udgør omkring 35 pct. hver af deres årlige regionale sundhedsforbrug, jf. figur 4.9.

Planlagt indlæggelse fylder 14 pct. af det regionale sundhedsforbrug, mens almen praksisforbruget udgør 2 pct. Sammensætning af sundheds- og plejeydelser blandt de resterende ældre ser anderledes ud. Omkring 42 pct. af det regionale forbrug udgøres af planlagte ambulante ophold, mens akutte indlæggelser blot fylder 4 pct. Til gengæld fylder almen praksisforbruget 13 pct. af hele deres regionale sundhedsforbrug.

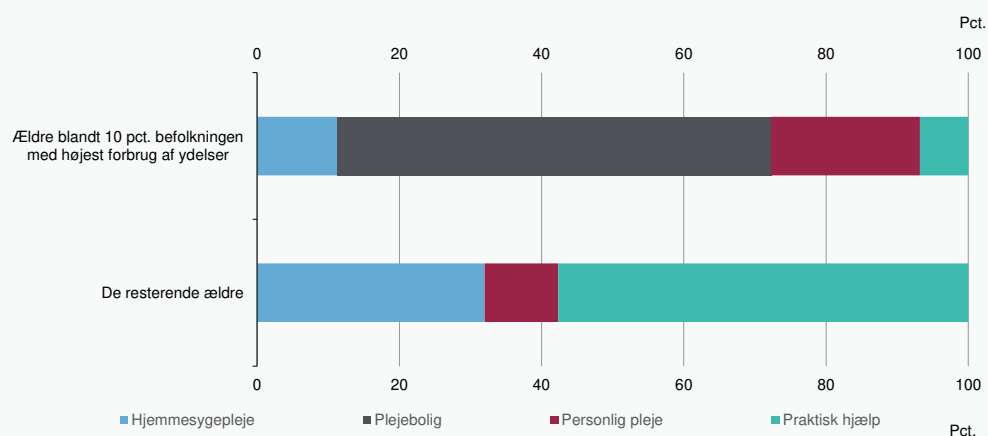
Figur 4.9**Sammensætningen af regionale sundhedsydelser fordelt på de to grupper af ældre, 2022**

Anm.: Opgørelsen er baseret på 97 kommuner.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

For ældre med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser fylder plejebolig 61 pct. af det samlede forbrug i den kommunale sektor, personlig pleje udgør 21 pct. af forbruget, praktisk hjælp 7 pct. og hjemmesygepleje 11 pct., jf. figur 4.10.

For de resterende ældre er det forbruget af praktisk hjælp, der udgør den største andel (58 pct.), efterfulgt af hjemmesygepleje (32 pct.) mens personlig pleje udgør 10 pct. Plejebolig udgør dermed ikke en del af deres forbrug. Det skal ses i lyset af at plejebolig er en forholdsvis omkostningstung ydelse, og alle plejehjembeboere er dermed blandt de 10 pct. af befolkningen med højest forbrug.

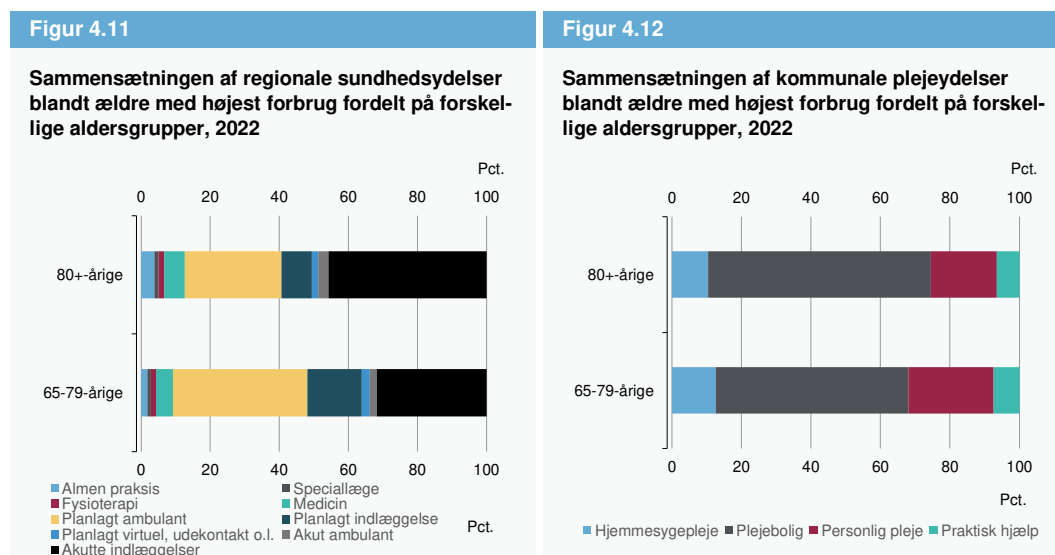
Figur 4.10**Sammensætningen af kommunale plejeydelser fordelt på de to grupper af ældre, 2022**

Anm.: Opgørelsen er baseret på 97 kommuner.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Tager vi igen udgangspunkt i de ældre, der er blandt de 10 pct. af befolkningen med højest forbrug af ydelser, er der ikke så store forskelle i sammensætning af hverken de regionale eller de kommunale ydelser mellem de yngste og de ældste ældre. Det overordnede billede af ydelsessammensætningen er altså nogenlunde ens, uanset alderen. Der er dog enkelte forskelle. Hos de yngste

ældre fylder planlagt sygehusforbrug mere end hos de ældste ældre, mens akutte indlæggelser fylder mere hos de ældste, jf. figur 4.11. Plejeboligforbruget er den kommunale ydelse, der fylder mest hos begge grupper – dog mere blandt de ældste ældre end de yngste ældre med højest forbrug af ydelser, jf. figur 4.12.



Anm.: Opgørelsen er baseret på 97 kommuner. Ældre med højest forbrug af ydelser er defineret som ældre, der er blandt de 10 pct. af befolkningen med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser.
 Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

5 Ældre med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser

For at give et mere nuanceret billede af de ældre, der er blandt de 10 pct. af befolkningen med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser, har vi i dette kapitel inddelt denne gruppe i forskellige profiler på baggrund af deres gennemsnitlige forbrug af de enkelte sundheds- og plejeydelser i løbet af 2022. Selve inddelingen er foretaget ved hjælp af en klyngeanalyse, som er en statistisk metode til brug for gruppering af observationer på baggrund af data. I kapitel 3 kan du læse mere om selve metoden. I dette kapitel gives der en beskrivelse af forskellige profiler af ældre med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser med hensyn til deres forbrug af de enkelte ydelser, deres kontakter i sundhedsvæsenet samt deres sociodemografiske forhold.

3 CENTRALE KONKLUSIONER FRA KAPITLET

- Ældre med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser er inddelt i fire profiler efter deres forbrug af de enkelte ydelser. ”*Plejhjemsbeboeren*” udgør 0,6 pct. af hele befolkningen, men står for 19 pct. af det samlede forbrug af sundheds- og plejeydelser. ”*Modtageren af pleje i eget hjem*” udgør 0,7 pct. af befolkningen, men står for 9 pct. af forbruget. ”*Borgeren med meget akut sygehusaktivitet*” udgør 0,5 pct. af hele befolkningen, men står for 6 pct. af forbruget. ”*Borgeren med meget planlagt sygehusaktivitet*” udgør 3,8 pct. af hele befolkningen, men står for 22 pct. af det samlede forbrug af ydelser.
- *Plejhjemsbeboeren* har forholdsvis mange kontakter til praksissektoren, herunder til alment praktiserende læge, men er i mindre grad i kontakt med sygehussektoren. *Modtageren af pleje i eget hjem* har forholdsvis mange kontakter til praksissektoren og de fleste er også årligt i kontakt med sygehusvæsenet – men i mindre grad end de to næste profiler. *Borgeren med meget akut sygehusaktivitet* har både mange kontakter til praksissektoren og sygehussektoren, herunder længst liggetid pr. indlæggelse og flest genindlæggelser. *Borgeren med meget planlagt sygehusaktivitet* har i gennemsnit færrest kontakter til almen praksis, men langt størstedelen har planlagte ambulante kontakter.
- *Plejhjemsbeboeren* er i gennemsnit 83 år og som oftest en kvinde. Stort set alle er enker/enkemænd eller enlige, og næsten en tredjedel har relativt kort restlevetid. Mere end tre ud af fire har kronisk sygdom, omkring 45 pct. lider af demens og hver tredje er multisyge. *Modtageren af pleje i eget hjem* ligner i høj grad plejebesøgende. Det er også oftest en kvinde, der i gennemsnit er 82 år gammel, og mere end tre ud af fire er enke/enkemænd eller enlig. Mere end 70 pct. har en kronisk sygdom og omkring 30 pct. er multisyge. *Modtageren af pleje i eget hjem* adskiller sig fra *plejhjemsbeboeren* ved at betragteligt færre lider af demens, og flere har en længere restlevetid. *Borgeren med meget akut sygehusaktivitet* er 81 år gammel og hyppigst en kvinde. En tredjedel lever i par, mens resten er enker/enkemænd eller enlige. Godt en tredjedel har en kort restlevetid, og 30 pct. har høj sygelighed. Næsten 70 pct. har en kronisk sygdom og knap 30 pct. er multisyge. *Borgeren med meget planlagt aktivitet* adskiller sig fra de andre profiler i forhold til profilens sociodemografiske karakteristika. Der er nogenlunde lige mange kvinder og mænd med denne profil, og de er i gennemsnit 76 år gamle. Mere end halvdelen lever i par, og hovedparten har længere restlevetid. Det er en profil, hvor 30 pct. ikke har en nævneværdig sygelighed, under 60 pct. har en kronisk sygdom og 20 pct. er multisyge.

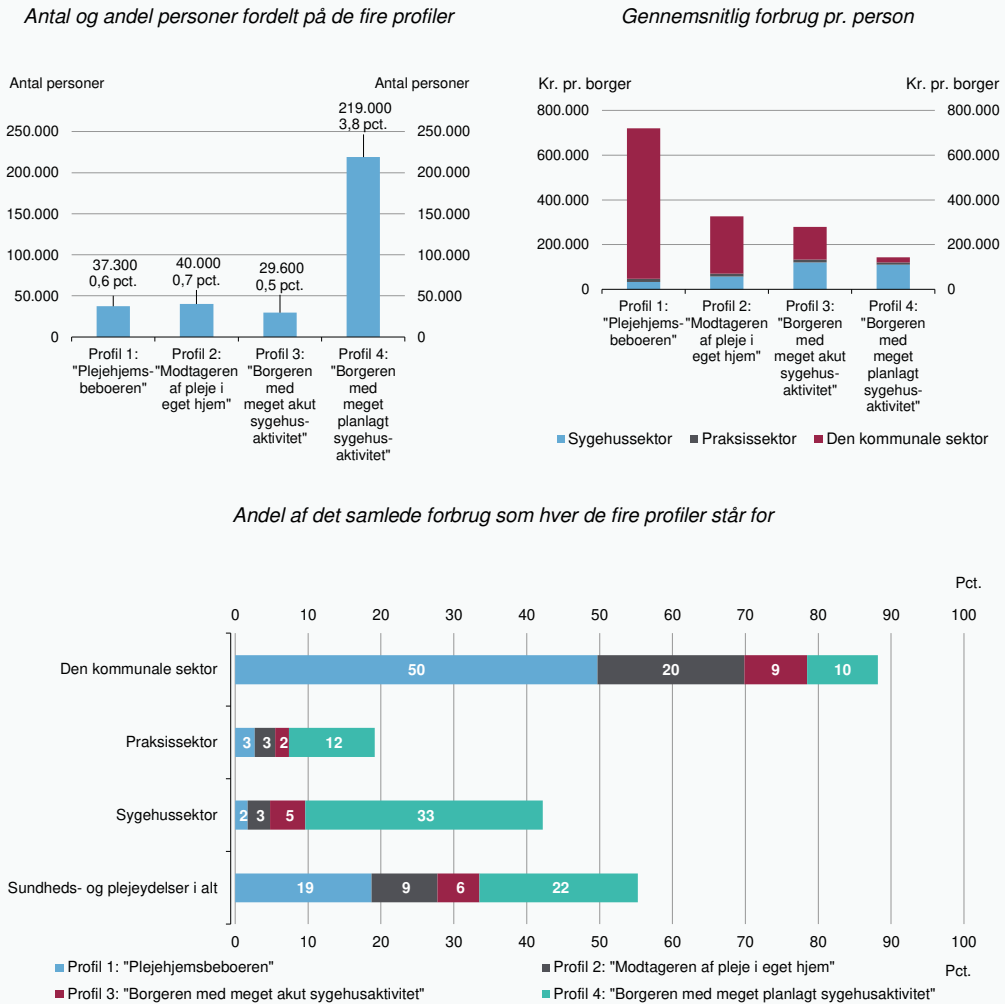
5.1 Fire profiler af ældre borgere med højest forbrug af ydelser

Via klyngeanalysen har vi identificeret fire forskellige profiler indenfor gruppen af ældre med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser. Nedenfor er der givet en kort beskrivelse af profilerne, som også kan ses af figur 5.1 og tabel 5.1.

- **Profil 1: "Plejhjemsbeboeren"**. Udgør omkring 37.700 personer, hvilket svarer til 0,6 pct. af hele befolkningen, men de står for ca. 19 pct. af det samlede forbrug af sundheds- og plejeydelser. Den enkelte plejhjemsbeboer har i gennemsnit et forbrug af sundheds- og plejeydelser på ca. 719.400 kr. om året. I langt overvejende grad er der tale om forbrug i den kommunale sektor, mens forbruget af regionale ydelser er begrænset. Profilen står for 50 pct. af det samlede kommunale forbrug, men for blot 2 pct. af det samlede sygehusforbrug, og for 3 pct. af det samlede praksissektorforbrug. En nærmere undersøgelse af forbrugssammensætningen viser, at det er plejeboligforbruget, der fylder det meste af gruppens kommunale forbrug. Sammenlignet med de øvrige profiler har denne profil også højest forbrug af almen praksis- og fysioterapiydelser.
- **Profil 2: "Modtageren af pleje i eget hjem"**. Udgør omkring 40.000 personer, hvilket svarer til 0,7 pct. af hele befolkningen, men de står for ca. 9 pct. af det samlede forbrug af sundheds- og plejeydelser. Den enkelte modtager af pleje i eget hjem har i gennemsnit et forbrug af sundheds- og plejeydelser på omkring 325.600 kr. om året. Profilen har forholdsvis lavt sygehusforbrug og forholdsvis højt kommunalt forbrug. Profilen står for 3 pct. af det samlede forbrug i sygehussektoren, for 3 pct. af hele praksissektorforbruget samt for 20 pct. af forbruget i den kommunale sektor. Det er særligt forbruget af personlig pleje og hjemmesygepleje, der fylder. Sammenlignet med de andre profiler, har denne profil også højest forbrug af praktisk hjælp og et højt receptpligtigt medicinforbrug.
- **Profil 3: "Borgeren med meget akut sygehusaktivitet"**. Udgør omkring 29.600 personer, svarende til 0,5 pct. af hele befolkningen, men de står for 6 pct. af det samlede forbrug af sundheds- og plejeydelser. Den enkelte borger med meget akut sygehusaktivitet har i gennemsnit et forbrug af sundheds- og plejeydelser på 279.600 kr. om året. Forbruget er nogenlunde lige fordelt mellem regionale og kommunale ydelser. Profilen står for 5 pct. af det samlede sygehusforbrug, for 2 pct. af det samlede praksissektorforbrug og for 9 pct. af det samlede kommunale forbrug. Det er særligt forbruget af akutte indlæggelser, der fylder. Det er næsten dobbelt så højt som for profilen med næsthøjest forbrug af de akutte indlæggelser. Sammenlignet med de øvrige profiler, har denne profil også et højt forbrug af akut ambulante ophold.
- **Profil 4: "Borgeren med meget planlagt sygehusaktivitet"**. Udgør omkring 219.000 personer, svarende til 3,8 pct. af hele befolkningen og er dermed den klart største gruppe af ældre med højest forbrug af ydelser. De står for 22 pct. af det samlede forbrug af sundheds- og plejeydelser. Den enkelte borger med meget planlagt sygehusaktivitet har i gennemsnit et forbrug af sundheds- og plejeydelser på ca. 142.700 kr. om året. I langt overvejende grad er der tale om forbruget i den regionale sektor, mens forbruget af kommunale ydelser er begrænset. Profilen står for 33 pct. af det samlede sygehusforbrug, for 12 pct. af det samlede praksissektorforbrug og for 10 pct. af det samlede kommunale forbrug. Det er særligt forbruget af planlagte sygehusophold, der fylder – det gælder både planlagte indlæggelser og planlagte ambulante ophold, og sammenlignet med andre profiler har denne profil også højest forbrug af den praktiserende speciallæge.

Figur 5.1

Antal og andel personer samt fordeling af sundheds- og plejeforbruget på de fire profiler, 2022



Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Tabel 5.1

Sammensætning af gennemsnitligt forbrug af sundheds- og plejeydelser fordelt på ydelser blandt de 4 profiler, 2022

	Profil 1: "Plejhjems- beboeren"	Profil 2: "Modtageren af pleje i eget hjem"	Profil 3: "Borgeren med meget akut sygehus- aktivitet"	Profil 4: "Borgeren med meget planlagt sygehus- aktivitet"
Almen praksis	4.538	2.811	3.297	2.126
Speciallæge	348	699	784	1.408
Fysioterapi	2.994	2.613	1.499	1.334
Medicin	5.764	7.274	6.440	5.062
Planlagt ambulans	6.204	16.178	28.503	48.537
Planlagt indlæggelse	1.887	4.905	14.120	18.509
Planlagt virtuel, udekontakt o.l.	926	1.525	3.072	2.555
Akut ambulans	1.786	2.153	3.715	2.446
Akutte indlæggelser	22.459	33.035	71.245	37.994
Hjemmesygepleje	2.428	84.165	35.323	2.227
Plejebolig	660.731	4.333	28.069	6.830
Personlig pleje	7.136	128.619	64.232	9.139
Praktisk hjælp	2.109	37.131	19.073	4.165
I alt	719.311	325.438	279.373	142.332

Anm.: Farverne markerer størrelsen af det gennemsnitlige forbrug i den ene profil relativt til de andre profiler inden for hver enkel kontaktype eller ydelse. Jo mørkere den blå farve, desto højere et forbrug. Relativt til de andre profiler, har profil 1 eksempelvis i gennemsnit højest forbrug af almen praksis ydelser, mens profil 4 har lavest forbrug af almen praksis ydelser.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Det skal bemærkes, at betegnelser for de fire profiler er ikke nødvendigvis 100 pct. dækkende, men de giver et hovedindtryk af gruppen.

Alle fire profiler havde også højt forbrug året før

I det følgende har vi undersøgt, om de enkelte profiler havde et højt forbrug blot i et enkelt år, eller om de også havde højt forbrug året før. Det vil sige, at det er de samme individer og deres forbrug, der følges i de to år. Analysen viser, at alle fire profiler har et forholdsvis højt forbrug ikke bare i 2022, men også i 2021, men også at alle profiler har et højere forbrug af sundheds- og plejeydelser i 2022 sammenlignet med deres forbrug året før, jf. figur 5.2. Der er dog forskelle mellem de fire profiler i forhold til, hvor meget de enkelte individers samlede forbrug af sundheds- og plejeydelser blev øget, samt i hvilke sektorer forbruget blev koncentreret i 2022 sammenlignet med 2021.

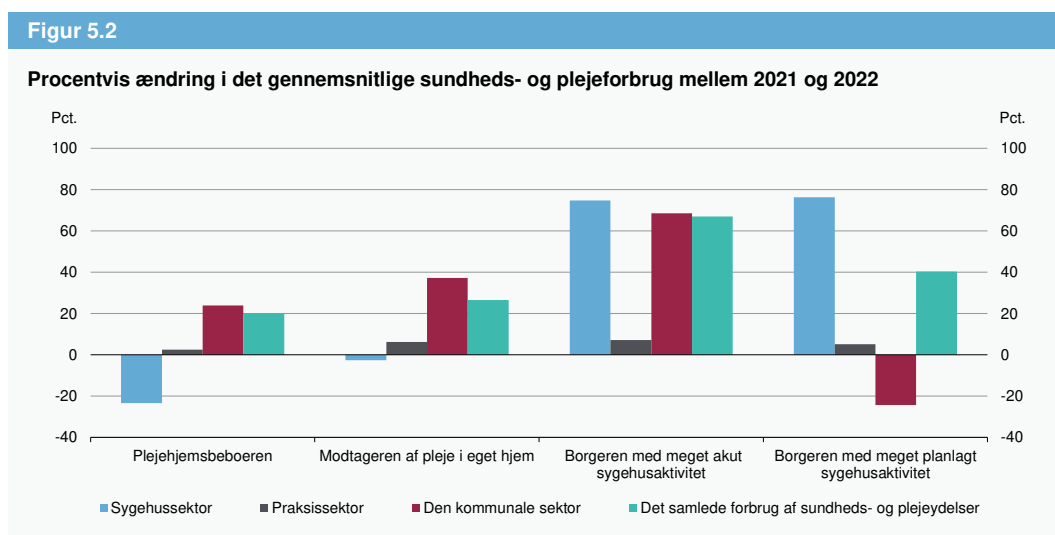
Det samlede forbrug af sundheds- og plejeydelser steg mest fra 2021 til 2022 for *borgeren med meget akut sygehusaktivitet*. Forbruget steg samlet set med 67 pct., hvor både sygehusforbruget og det kommunale forbrug havde betydelige stigninger på henholdsvis 75 pct. og 69 pct. Praksis-sektorforbruget steg med 7 pct. Selvom *borgeren med meget akut sygehusaktivitet* også havde et forholdsvis højt forbrug i 2021, er forbruget af sundheds- og plejeydelser altså fremskredet betydeligt i 2022.

Udviklingen i forbruget af sundheds- og plejeydelser er steget med 40 pct. for *borgeren med meget planlagt sygehusaktivitet*. Udviklingen skyldes, at sygehusforbruget for denne borger er steget med

74 pct. i 2022 sammenlignet med året før. Denne profil har generelt ikke så stor forbrug i den kommunale sektor i 2022 sammenlignet med de andre profiler, og sammenlignet med året før er det kommunale forbrug 24 pct. lavere i 2022.

For de sidste to profiler er der ikke sket lige så store ændringer i forbruget fra 2021 til 2022. Deres forbrug af sundheds- og plejeydelser er steget med henholdsvis 20 og 27 pct. *Plejhjembeboeren* har fået reduceret sit sygehusforbrug fra 2021 til 2022 med 23 pct., mens *plejhjemsbeboerens* kommunale forbrug blev øget med 24 pct. *Modtageren af pleje i eget hjem* har øget sit kommunale forbrug med 37 pct., til gengæld er sygehusforbruget, stort set uændret.

Analysen viser dermed, at *plejhjemsbeboeren* og *modtageren af pleje i eget hjem* har haft mere vedvarende højt forbrug af sundheds- og plejeydelser, mens der har været et større progression i forbruget for *borgeren med meget akut sygehusaktivitet* og *borgeren med meget planlagt sygehusaktivitet*.



Anm.: Denne del analysen baseres på 90 kommuner, der havde kommunale aktivitetsdata af tilstrækkelig kvalitet både i 2021 og 2022. En følsomhedsanalyse viste, at populationen fra de 90 kommuner havde i gennemsnit samme forbrug på tværs af sektorer i 2022, som de 97 kommuner, som resten af analysen baseres på.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

De resterende ældre har betydelig lavere forbrug, som er koncentreret i den regionale sektor

I dette afsnit har vi hidtil fokuseret på de fire profiler af ældre med højest forbrug af ydelser. Vi har bl.a. vist, at der er forskelle i det gennemsnitlige forbrug og ydelsessammensætningen på tværs af profilerne. Tidligere i analysen viste vi gennemsnitlige forbrug af sundheds- og plejeydelser blandt de resterende ældre – de ældre som ikke er blandt de 10 pct. af befolkningen med højest forbrug. I boks 5.1 vises variation af forbruget blandt denne gruppe af ældre.

Opdeler vi de resterende ældre, som altså ikke er blandt de 10 pct. med højeste forbrug, i fire lige store dele, er forbruget for den fjerdedel med højest forbrug i gennemsnit ca. 26.400 kr. pr. person. Dette er langt under det gennemsnitlige forbrug blandt ældre i 10 pct. - gruppen (ca. 243.700 kr. om året), men også lavere end forbruget for *borgeren med meget planlagt sygehusaktivitet*, som er den profil med lavest forbrug (ca. 142.700 kr. om året). Det betyder, at gruppen af ældre med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser, herunder hver af de fire profiler, adskiller sig væsentligt fra de resterende ældre – også fra den fjerdedel med højest forbrug i denne gruppe.

Et andet aspekt ved gruppen af de resterende ældre – også den fjerdedel med højest forbrug i denne gruppe, er, at deres forbrug af sundheds- og plejeydelser er hovedsageligt koncentreret i sygehus- og praksissektoren, mens det kommunale forbrug fylder ikke særligt meget.

Boks 5.1

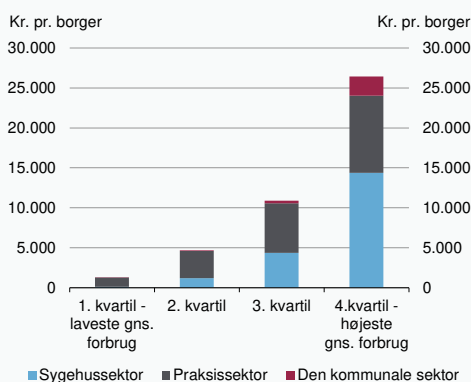
Variation i det gennemsnitlige forbrug af sundheds- og plejeydelser blandt de resterende ældre

Den resterende gruppe af ældre, altså ældre, der ikke er blandt de 10 pct. af befolkningen med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser består af næsten 853.000 borgere, svarende til 72 pct. af alle ældre. Som angivet tidligere i analysen er deres forbrug af ydelser i gennemsnit ca. 10.800 kr. pr. borger. Også blandt denne gruppe af ældre er der variationer i forbruget. Den fjerdedel af ældre med lavest forbrug af sundheds- og plejeydelser har i gennemsnittet et samlet forbrug på ca. 1.300 kr. om året – stort set udelukkende i praksissektoren, mens den fjerdedel af ældre med højest forbrug har et samlet forbrug på ca. 26.400 kr. om året, jf. figur a. For denne gruppe af ældre består forbruget primært af sygehus- og praksis-sektorydelser, mens kun en mindre del er i den kommunale sektor.

Gruppen af ældre, der ikke er blandt de 10 pct. af befolkningen med højest forbrug af ydelser, er i gennemsnit 74 år gamle. I figur b ses, at den gennemsnitlige alder er stigende med ældres forbrug af ydelser. Variationerne i den gennemsnitlige forbrug af ydelser blandt de resterende ældre kan formentlig ses i lyset af forskelle i den gennemsnitlige alder blandt de fire grupper af ældre.

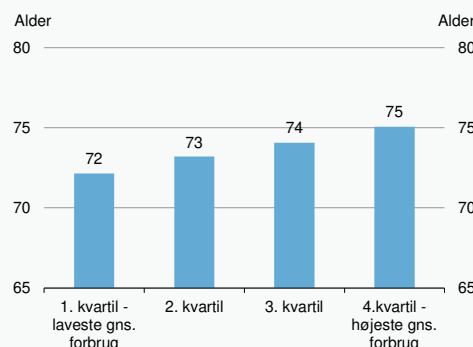
Figur a

Variation i det gennemsnitlige forbrug pr. person blandt de resterende ældre



Figur b

Gennemsnitlig alder blandt de resterende ældre



Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

5.2 Kontakter til praksis- og sygehussektor

I det følgende præsenteres forskelle i antal årlige kontakter til praksis- og sygehussektoren for forskellige grupper af ældre borgere⁸.

Generelt er ældre med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser oftere i kontakt med sundheds-væsenet end de resterende ældre borgere. Det afspejler, at de i højere grad har behov for behandling end øvrige ældre. Det samme kan være gældende i forhold til forskelle mellem de enkelte profiler af ældre.

⁸ I dette afsnit præsenterer vi udvalgte aktivitetstal for kontakter til praksis- og sygehussektoren. Det er nøgletal som indlæggelser, genindlæggelser, ambulante kontakter og kontakter til de forskellige dele af praksissektoren. Der er tale om nøgletal, som ikke er opgjort én til én som forbruget i afsnit 5.1. Nøgletallene kan være med til at give et mere nuanceret billede af forbruget af de regionale ydelser. Vi har ikke opgjort aktivitet i den kommunale sektor, da det i givet fald ville svare til tabel 5.1 i afsnit 5.1 – idet det kommunale forbrug er opgjort som produkt af aktiviteten (hjemmehjælpstimer, måneder i plejebolig og dage med hjemmesygepleje) og den gennemsnitlige landsplanstakst for de forskellige typer aktiviteter.

Lang størstedelen af ældre borgere er årligt i kontakt med alment praktiserende læge⁹. Ældre med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser har i gennemsnit betragtelig flere årlige kontakter til almen praksis og til den resterende del af praksissektoren end de øvrige ældre. Fx har ældre blandt de 10 pct. af befolkningen med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser i gennemsnit knap 19 årlige kontakter til almen praksis, mens de øvrige ældre i gennemsnit har knap 9 årlige kontakter, jf. tabel 5.2. Der er imidlertid forskelle på tværs af de fire profiler af ældre med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser. *Borgeren med meget planlagt sygehusaktivitet* har i gennemsnit 16 årlige kontakter til alment praktiserende læge, mens de øvrige tre profiler har mellem 23 og 25 årlige kontakter. Samlet set er *plejehjemsboeren* i gennemsnit i kontakt med praksissektoren 35 gange årligt, mens det tilsvarende for *borgeren med meget planlagt sygehusaktivitet* er knap 25 gange.

Tabel 5.2

Gennemsnitligt antal kontakter i praksissektoren fordelt på kontakttypen og grupper af ældre borgere, 2022

	Plejehjemsboeren	Modtageren af pleje i eget hjem	Borgeren med meget akut sygehusaktivitet	Borgeren med meget planlagt sygehusaktivitet	Ældre blandt 10 pct. befolkningen med højest forbrug af ydelser	De resterende ældre
Almen praksis	24,9	22,6	24,7	15,9	18,5	8,6
Vagtlæge	1,2	1,3	1,8	0,8	1,0	0,2
Speciallæge	0,6	1,1	1,2	1,9	1,6	1,5
Fysioterapi mv.	8,6	8,1	5,2	6,1	6,6	2,7
Praksissektoren i alt	35,2	33,0	32,9	24,7	27,7	32,3

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Omkring 47 pct. af gruppen af ældre med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser har mindst én årlig akut somatisk sygehusindlæggelse, mens det samme er gældende for 2 pct. af de resterende ældre borgere, jf. tabel 5.3.

Tabel 5.3

Andel ældre med kontakt til det somatiske sygehusvæsen fordelt på kontakttypen for forskellige grupper af ældre borgere, 2022

	Plejehjemsboeren	Modtageren af pleje i eget hjem	Borgeren med meget akut sygehusaktivitet	Borgeren med meget planlagt sygehusaktivitet	Ældre blandt 10 pct. befolkningen med højest forbrug af ydelser	De resterende ældre
Mindst én akut indlæggelse	30,5	40,1	63,3	48,0	46,4	2,4
Mindst én planlagt indlæggelse	2,1	6,1	12,8	21,1	16,3	1,0
Mindst ét akut ambulantly ophold	25,6	27,4	35,4	27,2	27,8	9,8
Mindst ét planlagt ambulantly ophold	40,3	64,7	75,8	88,6	79,0	54,7

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

⁹ Blandt ældre med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser er 99 pct. årligt i kontakt med almen praksis, og tilsvarende blandt de resterende ældre er 91 pct. i kontakt med almen praksis.

Dog har 79 pct. af ældre med højest forbrug mindst ét planlagt ambulante ophold, og det samme er gældende for 55 pct. af de resterende ældre. Generelt er der store forskelle i andelen med kontakt til det somatiske sygehusvæsen alt efter profilen af ældre med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser. Fx varierer andelen med mindst én akut indlæggelse fra 31 til 63 pct. mellem profilerne. Tilsvarende varierer andelen med planlagte ambulante ophold fra ca. 40 pct. til næsten 87 pct. mellem profilerne.

Der er også store forskelle mellem profilerne i forhold til hvor hyppigt de har kontakt til sygehusvæsenet. Fx har *plejehjemsboeren* med mindst ét planlagt ambulante forløb i gennemsnit knap 4 planlagte ambulante ophold om året, mens *borgeren med meget planlagt sygehusaktivitet* har i gennemsnit godt 10 årlige planlagte ambulante ophold, jf. tabel 5.4.

De 40 pct. af *modtagerne af pleje i eget hjem*, der bliver akut indlagt i løbet af året, har i gennemsnit knap 2 akutte årlige sygehusindlæggelser på 5,5 dage hver, mens *borgeren med meget akut sygehusaktivitet* i gennemsnit har lidt over 2 årlige indlæggelser, der i gennemsnit varer en uge hver.

Der ses også store forskelle i forhold til andelen af akutte genindlæggelser på tværs af profilerne. Mens omkring 14 pct. af *borgerne med meget planlagt sygehusaktivitet*, som havde en indlæggelse i 2022, bliver akut genindlagt indenfor 30 dage, er dette tilfælde for 23 pct. af *borgerne med meget akut sygehusaktivitet*.

Tabel 5.4

Somatisk sygehusaktivitet fordelt på kontakttypen for forskellige grupper af ældre borgere, 2022

<i>Antal pr. borger (gennemsnit)</i>	Pleje-hjemsboeren	Modtageren af pleje i eget hjem	Borgeren med meget akut sygehusaktivitet	Borgeren med meget planlagt sygehusaktivitet	Ældre blandt 10 pct. befolkningen med højest forbrug af ydelser	De resterende ældre
Indlæggelser pr. indlagt patient						
- Akutte indlæggelser	1,6	1,8	2,1	1,5	1,6	1,0
- Planlagte indlæggelser	1,2	1,2	1,4	1,2	1,2	1,1
Ambulante ophold pr. ambulante patient						
- Akutte ambulante ophold	1,5	1,5	1,6	1,5	1,5	1,2
- Planlagt ambulante	3,7	6,0	8,0	10,2	9,2	2,9
Liggetid pr. indlæggelse						
- Liggetid (akut indlæggelse)	4,7	5,5	7,0	5,7	5,7	2,0
- Liggetid (planlagt indlæggelse)	3,8	5,2	6,9	4,0	4,3	2,9
Genindlæggelser (pct. af indlæggelser)						
Genindlæggelser	15,9	17,6	23,4	14,1	16,0	1,1

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Mindre end 4 pct. af de ældre med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser er årligt i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen¹⁰, jf. tabel 5.5. Andelen i kontakt til psykiatriske sygehusvæsen

¹⁰ Kontakt til det psykiatriske sygehusvæsen er defineret enten som kontakt til det psykiatriske speciale eller kontakt med en psykiatrisk aktionsdiagnose.

varierer på tværs af de fire profiler af ældre fra knap 3 til godt 7 pct. Til sammenligning er under 1 pct. af de resterende ældre årligt i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen.

Tabel 5.5

Andel ældre med kontakt til det psykiatriske sygehusvæsen fordelt på kontakttypen for forskellige grupper af ældre borgere, 2022

	Plejhjemsbeboeren	Modtageren af pleje i eget hjem	Borgeren med meget akut sygehusaktivitet	Borgeren med meget planlagt sygehusaktivitet	Ældre blandt 10 pct. befolkningen med højest forbrug af ydelser	De resterende ældre
Mindst ét sygehusophold	4,6	6,3	7,3	2,6	3,7	0,8

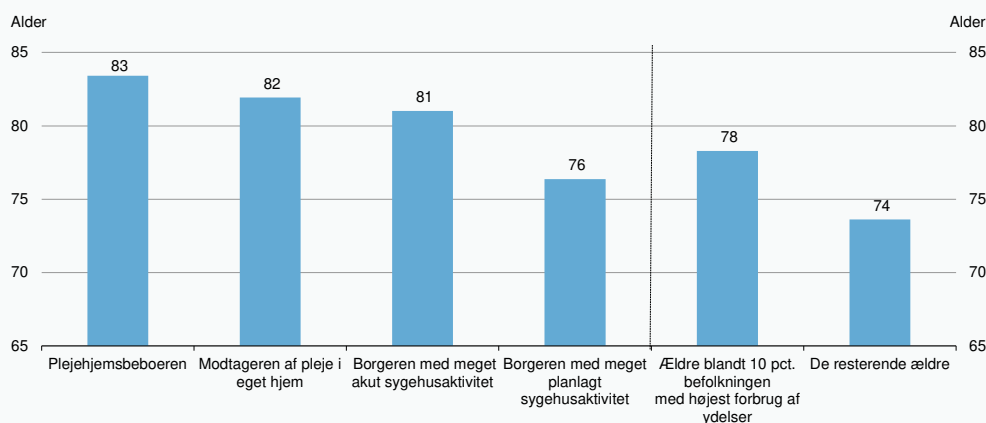
Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

5.3 Profilerens sociodemografiske karakteristika

I dette afsnit har vi set nærmere på, hvad der karakteriserer ældre med højest forbrug af ydelser på tværs af de 4 profiler. Ældre med højest forbrug af ydelser er i gennemsnit 78 år gamle. *Borgeren med meget planlagt sygehusaktivitet* er i gennemsnittet 2 år yngre – mens de øvrige tre profiler er over 80 år. Den øvrige gruppe af ældre, der ikke er blandt de 10 pct. af befolkningen med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser er i gennemsnit 74 år, jf. figur 5.3.

Figur 5.3

Gennemsnitlig alder for de forskellige profiler af ældre, 2022



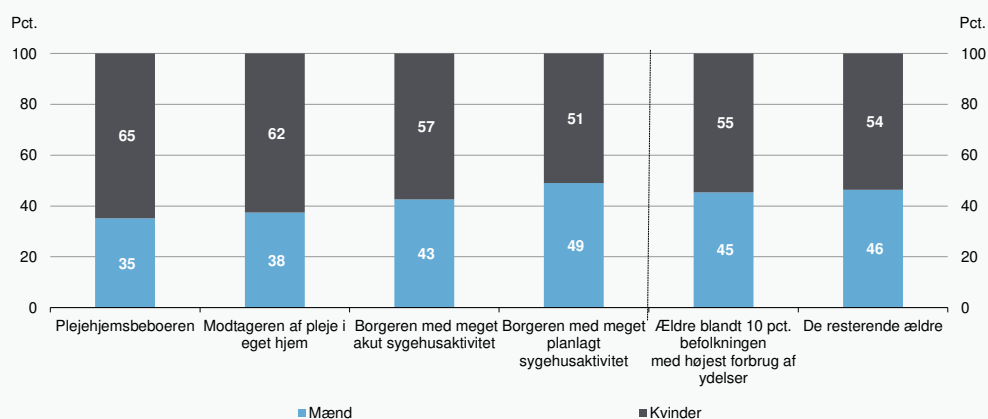
Anm.: Alder er opgjort primo 2022.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Generelt er der en lille overvægt af kvinder blandt ældre borgere – det gælder både ældre med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser og de resterende ældre, jf. figur 5.4. På tværs af de enkelte profiler, er der større forskelle i kønsfordelingen. Kønsfordelingen for *borgerne med meget planlagt sygehusaktivitet* er ligeligt fordelt, mens flertallet blandt de øvrige profiler er kvinder. Det gælder særligt *plejhjemsbeboere* og *modtagerene af pleje i eget hjem*.

Figur 5.4

Kønfordeling for de forskellige profiler af ældre med højest forbrug, 2022

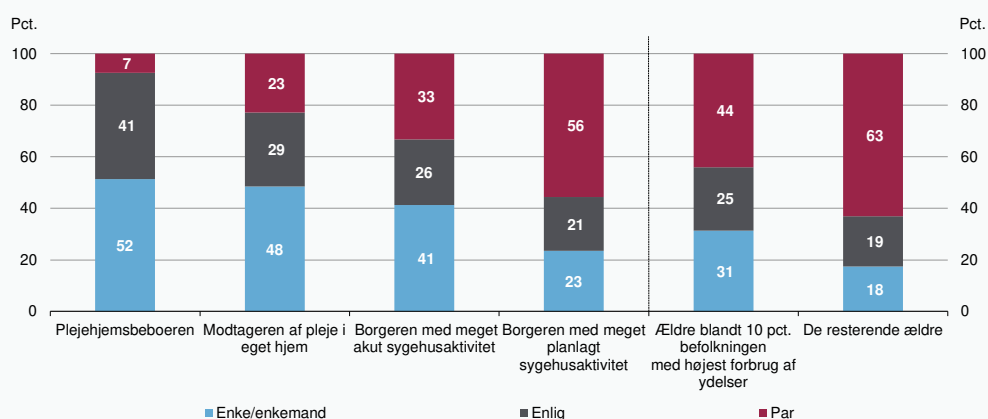


Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Generelt er flertallet af ældre med højest forbrug af ydelser enten enlige eller enker/enkemænd, mens flertallet blandt de resterende ældre lever i par. Der er dog store forskelle på tværs af profilerne, hvilket bl.a. kan hænge sammen med forskelle i den gennemsnitlige alder mellem profilerne. Fx er omkring halvdelen af *plejehjemsbeboerne* og *modtagerne af pleje i eget hjem* enker/enkemænd, mens det tilsvarende gælder knap en fjerdedel af *borgerne med meget planlagt sygehusaktivitet*, jf. figur 5.5. Selvom *plejehjemsmodtageren* og *modtagerne af pleje i eget hjem* ikke adskiller sig meget fra hinanden i forhold til gennemsnitlig alder og kønsfordeling, er det kun 7 pct. af *plejehjemsbeboerne* der lever i par, mens det tilsvarende gælder 23 pct. af *modtagerne af pleje i eget hjem*.

Figur 5.5

Civilstatus for de forskellige profiler af ældre med højest forbrug, 2022



Anm.: Opgjort primo 2022.

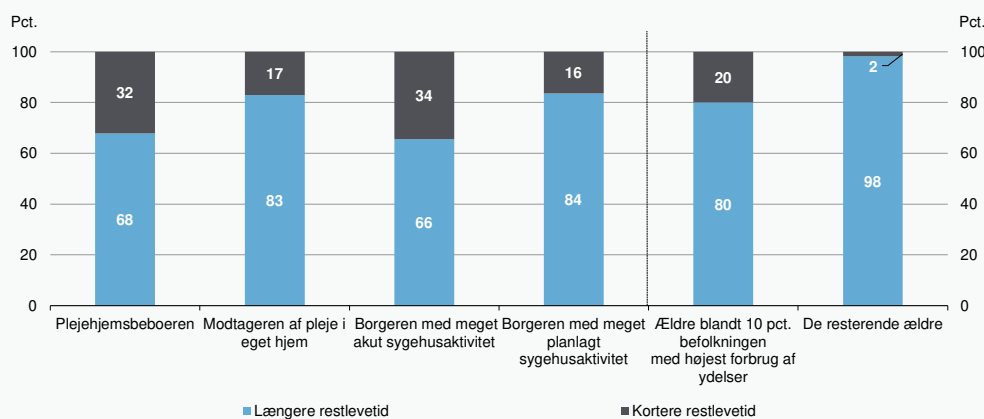
Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

En forholdsvis stor andel af ældre med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser har en kort restlevetid sammenlignet med de øvrige ældre borgere, idet næsten hver femte dør i løbet af 2022 og frem til september 2023. Denne andel er lavest blandt borgerne med meget planlagt sygehusaktivitet og *modtagerne af pleje i eget hjem*, hvor henholdsvis 16 og 17 pct. har kort restlevetid, mens andelen er højest blandt *borgerne med meget akut sygehusaktivitet* og *plejehjemsbeboerne*, hvor

omkring en tredjedel har en kort restlevetid, jf. figur 5.6. Restlevetiden kan sammen med alder og andre faktorer netop have betydning for størrelsen af forbruget og for forbrugssammensætningen. Personer, der er forholdsvis tæt på døden, har oftest, alt andet lige, højest forbrug af ydelser. Det gennemsnitlige forbrug af nogle ydelser kan dog blive trukket ned af, at den enkelte ikke er i live hele året. Et eksempel herpå er plejeboligforbruget.

Figur 5.6

Restlevetid for de forskellige profiler af ældre med højest forbrug, 2022



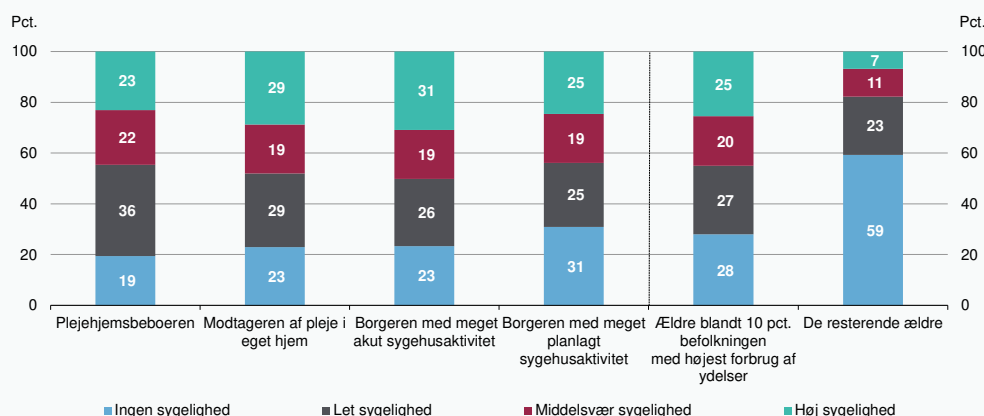
Anm.: Restlevetid er målt i løbet af 2022 og frem til september 2023. Ældre der dør i løbet af denne periode er kategoriseret som ældre med "kortere restlevetid", mens ældre der ikke dør i løbet af perioden er kategoriseret som ældre med "længere restlevetid".

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Ældre med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser har som forventet højere sygelighed end de resterende ældre. Sygeligheden, målt ved Charlson Comorbidity Index (CCI) er højest blandt *modtageren af pleje i eget hjem* og *borgeren med meget akut sygehusaktivitet*, hvor ca. 30 pct. af hver profil har en høj sygelighed, jf. figur 5.7. Omkring 30 pct. af *borgerne med meget planlagt sygehusaktivitet* har ikke en nævneværdig sygelighed i perioden op til 2022.

Figur 5.7

Sygelighed (Charlson Comorbidity Index CCI) for de forskellige profiler af ældre med højest forbrug, 2022



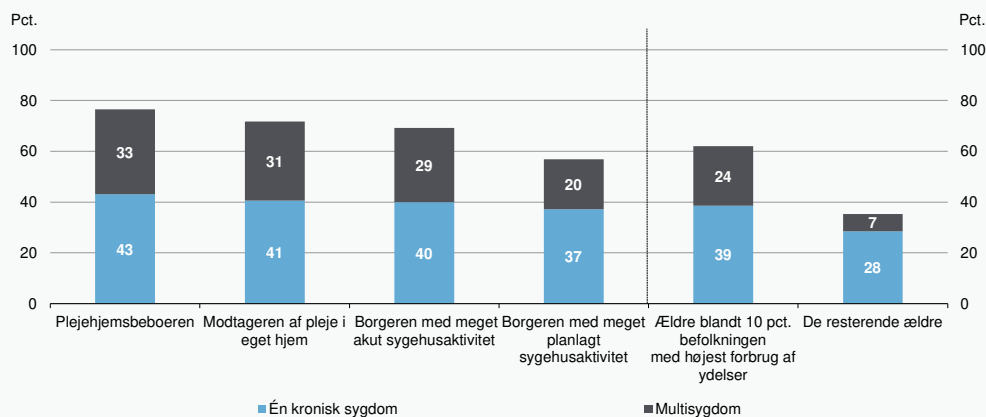
Anm.: Sygelighed er målt ved hjælp af Charlson Comorbidity Index (CCI) i løbet af 5 forudgående år.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Mere end 60 pct. af ældre med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser har mindst én kronisk sygdom. Næsten 25 pct. er multisyge. Det er betydelig højere andele end blandt de resterende ældre. Blandt *plejehjemsbeboerne* har mere end tre ud af fire mindst én kronisk sygdom, og en tredjedel er multisyge. Blandt *borgerne med meget planlagt sygehusaktivitet* er 57 pct. kronisk syge og 20 pct. har multisygdom, jf. figur 5.8.

Figur 5.8

Kroniske sygdomme for de forskellige profiler af ældre med højest forbrug, 2022



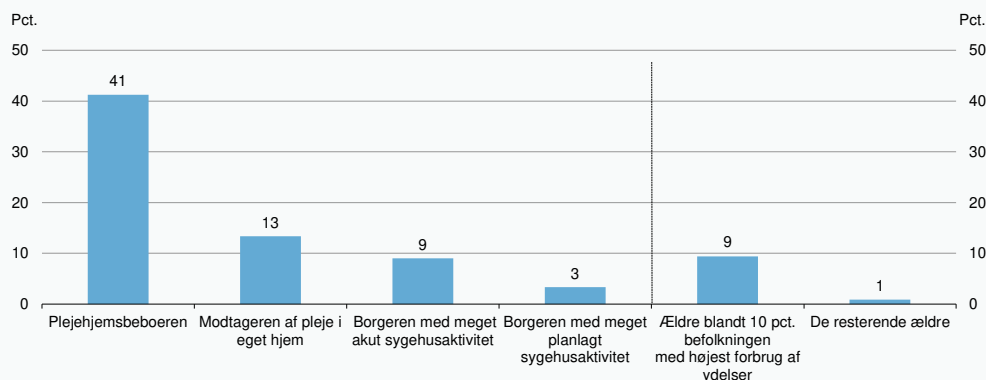
Anm.: Opgjort primo 2022.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Vi har undersøgt nærmere, om der forskelle mellem profilerne i forekomsten af de enkelte kroniske sygdomme. Her er største forskel i forekomsten af demens. Omkring 40 pct. af *plejehjembeboerne* har demens, mens det samme blot gælder 13 pct. af *modtagerne af pleje i eget hjem* – og disse profiler havde ellers i gennemsnit nogenlunde samme alder og kønsfordeling, jf. figur 5.9. Forekomst af demens er betragteligt mindre blandt de øvrige to profiler af ældre med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser.

Figur 5.9

Forekomst af demens for de forskellige profiler af ældre med højest forbrug, 2022



Anm.: Opgjort primo 2022.

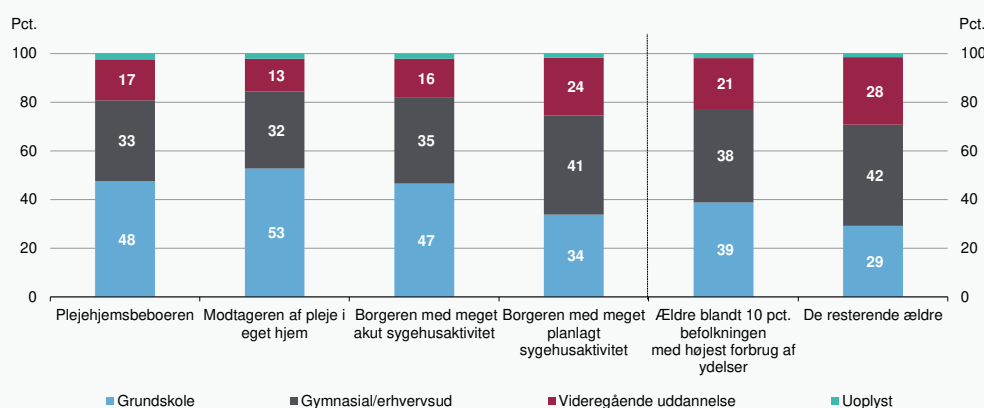
Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Andelen af ældre med kronisk sygdom er højest blandt plejehjemsbeboere pga. forholdsvist stor forekomst af demens blandt denne profil. Omvendt har plejehjemsbeboere ikke en markant større sygelighed – målt ved Charlson Comorbidity Index (CCI) – sammenlignet med de andre profiler. Det skyldes, at demens er en psykiatrisk diagnose og psykiatriske diagnoser indgår ikke i CCI.

Der ses også visse forskelle i uddannelsesniveaut på tværs af profilerne, jf. figur 5.10. Mens omkring en tredjedel af *borgerne med meget planlagt sygehusaktivitet* har grundskole som højeste fuldførte uddannelse, er dette tilfælde for omkring halvdelen blandt de øvrige profiler. Dog skal forskelle i uddannelsesniveau også ses i lyset af forskelle i gennemsnitsalderen blandt profilerne, idet de ældste ældre generelt har et lavere uddannelsesniveau end de yngste ældre.

Figur 5.10

Uddannelsesniveau for de forskellige profiler af ældre med højest forbrug, 2022



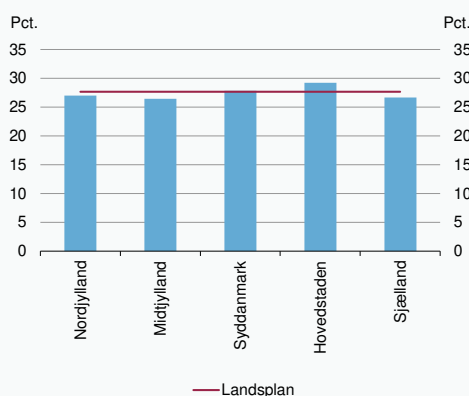
Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Geografiske forskelle af ældre med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser

Der er kun mindre variationer på tværs af landet i andelen af ældre, der er blandt de 10 pct. af befolkningen med højest forbrug af ydelser. Andelen af ældre med højest forbrug varierer mellem regionerne fra ca. 26 til 29 pct., med lavest andel i Region Midtjylland og højest andel i Region Hovedstaden, jf. figur 5.11.

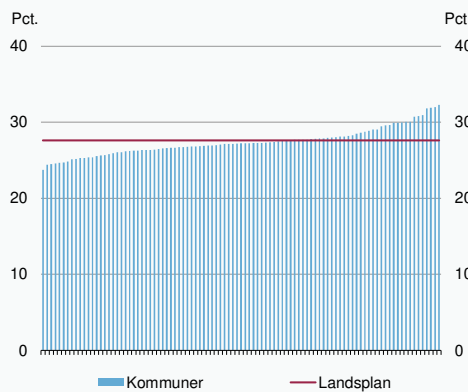
Figur 5.11

Andel ældre med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser fordelt på regioner, 2022



Figur 5.12

Andel ældre med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser fordelt på kommuner, 2022



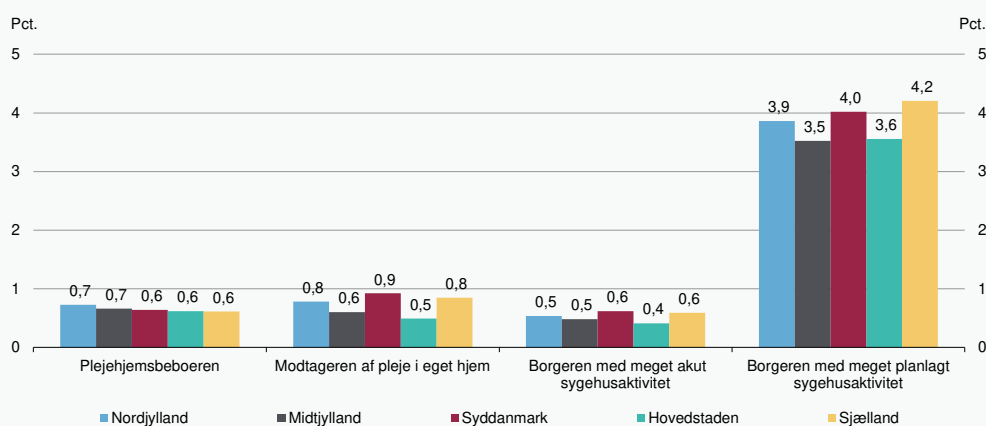
Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

På tværs af kommunerne er der lidt større variationer, idet andelen af ældre med højest forbrug spænder fra 24 til 32 pct., jf. figur 5.12.

Generelt er der kun mindre forskelle mellem bopælsregionen blandt de forskellige profiler af ældre. På tværs af regionerne varierer eksempelvis andel *plejehjemsboere* mellem 0,6 og 0,7 pct. ud af hele befolkningen i de enkelte regioner, jf. figur 5.13. Tilsvarende regionale variationer for øvrige profiler er mellem 0,5 og 0,9 pct. for *modtagerne af pleje i eget hjem*, mellem 0,4 og 0,6 pct. for *borgerne med meget akut sygehusaktivitet* og mellem 3,5 og 4,2 pct. for *borgerne med meget planlagt sygehusaktivitet*.

Figur 5.13

Variation mellem regionerne af de forskellige profiler af ældre med højest forbrug af ydelser, 2022



Anm.: Andele er ud af regionernes befolkning.
Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Fordelingen af profilerne er også forholdsvis ligeligt fordelt på tværs af kommuner, selvom der ses lidt større variation mellem kommunerne end mellem regionerne, jf. figur 5.14¹¹. Eksempelvis varierer andel *plejehjemsboere* mellem 0,3 og 1,8 pct. på tværs af kommuner, og mens andel *modtagere af pleje i eget hjem* varierer mellem 0,1 og 1,9 pct. Kommunal variation er lavest i forhold til *borgerne med meget akut sygehusaktivitet*, (mellem 0,2 og 1,4 pct.), mens variationen er højest i forhold til *borgerne med meget planlagt sygehusaktivitet* (mellem 2,2 og 6,8 pct.).

Det skal dog også bemærkes, at variationen mellem de fleste kommuner er forholdsvis lav. Det fremgår af de to blå firkanter i midten af hvert boksplot. Firkanterne angiver spredningen i profilandelen for den halvdel af kommunerne, der ligger mest gennemsnitligt¹². Ser vi kun på den halvdel af kommunerne, er spredningen i forhold til *borgerne med meget planlagt sygehusaktivitet* mellem 3,7 og 4,5 pct. For de øvrige profiler er der næsten ingen spredning.

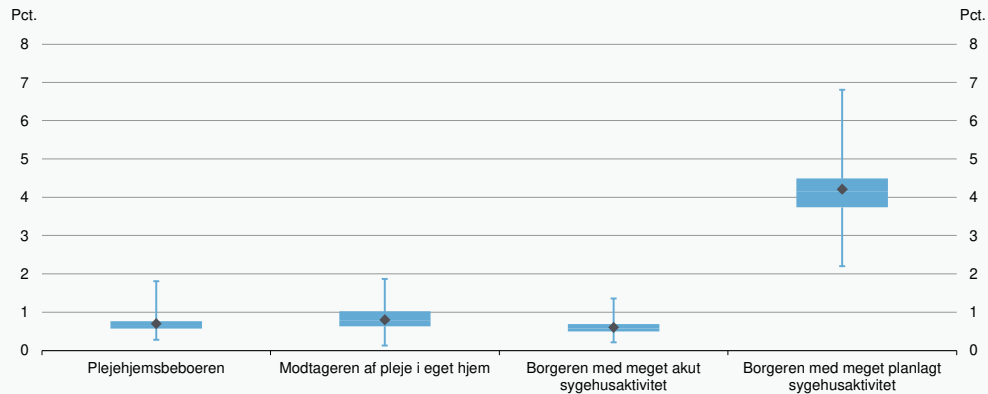
I Bilag 1 og 2 kan du se henholdsvis regionale og kommunale andele af ældre med højest forbrug af ydelser samt fordelingen af de fire profiler.

¹¹ I boksen under figuren er det uddybet, hvordan figuren skal læses.

¹² Helt præcist angiver det spredningen for kommunerne der ligger fra 1. til 3. kvartil.

Figur 5.14

Variation mellem kommunerne af de forskellige profiler af ældre med højest forbrug af ydelser, 2022



Anm.: I boksen under figuren er det uddybet, hvordan figuren skal læses. Andele er ud af kommunernes befolkning.
Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

SÅDAN LÆSES BOKSPLOT

I figur 5.14 bruger vi boksplot til at vise spredningen mellem kommunerne blandt de enkelte profiler af ældre med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser. Et boksplot læses på følgende måde:

- Det øverste punkt: Angiver værdien for den kommune med højest andel.
- Den blå firkantede boks: Angiver spredningen i andelen for den halvdel af kommunerne, der ligger mest gennemsnitligt. Toppen af boksen er værdien for midter-kommunerne, der har den højeste andel, og bunden af boksen er værdien for midter-kommunerne, der har den laveste andel.
- Den sorte prik: Angiver den midterste andel for populationen (dvs. medianen).
- Det nederste punkt: Angiver værdien for den kommune med lavest andel.



Bilag 1: Regionsspecifikke nøgletal

Ældre med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser



Indenrigs- og
Sundhedsministeriets
BENCHMARKINGENHED

Publikationen kan hentes på hjemmesiden for
Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed:
www.benchmark.dk

Henvendelse om publikationen kan ske til kontaktpersonen
på analysen, som fremgår af hjemmesiden.

Indhold

Læsevejledning	3
1 Fordeling af det samlede forbrug af ydelser.....	4
2 Ældre med højest forbrug af ydelser	4
3 Fire profiler af ældre borgere med højest forbrug	5

Læsevejledning

I det følgende præsenteres tre tabeller med regionsspecifikke nøgletal. Generelt er data i nærværende bilag afgrænset på samme måde, som i hovedrapporten. Region Nordjylland er opgjort uden Frederikshavn Kommune grundet manglede data.

Tabel 1: Fordelingen af det samlede forbrug af sundheds- og plejeydelser

Tabel 1 viser fordelingen af det samlede forbrug af sundheds- og plejeydelser blandt regionernes befolkning i 2022. Sundheds- og plejeydelser omfatter i denne analyse sygehussektor, praksissektor (inkl. medicin), hjemmesygepleje, praktisk hjælp, personlig pleje og plejebolig.

I kolonneoverskrifterne er der angivet andele af befolkningen i hver af de fem regioner. Tabellen viser, hvor stor en andel af regionens samlede forbrug af sundheds- og plejeydelser, de forskellige andele af regionens befolkning står for, sorteret efter højeste forbrug. Eksempelvis står 10 pct. af Region Nordjyllands befolkning for 78,2 pct. af Region Nordjyllands samlede forbrug af sundheds- og plejeydelser.

Tabel 2: Ældre med højest forbrug af ydelser

Tabel 2 viser antal ældre over 64 år samt antal og andel ældre, der er blandt de 10 pct. af befolkningen med højest forbrug af ydelser på tværs af regioner i 2022.

Tabel 3: Fire profiler af ældre borgere med højest forbrug

I analysen har vi identificeret fire profiler af ældre borgere, der er blandt de 10 pct. af befolkningen med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser. Profilerne er dannet ved hjælp af en klyngeanalyse på baggrund af ældres gennemsnitlige forbrug af de enkelte sundheds- og plejeydelser i løbet af 2022. De fire profiler er: *Plejhjemsboeren*, *modtageren af pleje i eget hjem*, *borgeren med meget akut sygehusaktivitet* og *borgeren med meget planlagt sygehusaktivitet*.

I tabel 3 vises andel af hver af de fire profiler ud befolkningen i de enkelte regioner i pct.

1 Fordeling af det samlede forbrug af ydelser

Tabel 1

Fordeling af det samlede forbrug af sundheds- og plejeydelser på tværs af regioner (pct.), 2022

Region/pct. af befolkningen	10 pct.	20 pct.	30 pct.	40 pct.	50 pct.	60 pct.	70 pct.	80 pct.	90 pct.	100 pct.
Nordjylland	78,2	89,3	94,1	96,7	98,2	99,1	99,6	99,9	100,0	100,0
Midtjylland	79,4	89,8	94,3	96,8	98,2	99,1	99,6	99,9	100,0	100,0
Syddanmark	77,3	88,6	93,7	96,4	98,0	99,0	99,5	99,8	100,0	100,0
Sjælland	80,0	90,3	94,6	97,0	98,3	99,2	99,6	99,9	100,0	100,0
Hovedstaden	79,0	89,7	94,3	96,8	98,2	99,1	99,6	99,9	100,0	100,0
Hele landet	79,0	89,7	94,2	96,8	98,2	99,1	99,6	99,9	100,0	100,0

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

2 Ældre med højest forbrug af ydelser

Tabel 2

Antal og andel ældre blandt de 10 pct. af befolkningen med højest forbrug af ydelser på tværs af regioner, 2022

	Antal ældre over 64 år	Antal ældre blandt de 10 pct. af befolkningen med højest forbrug af ydelser	Andel ældre blandt de 10 pct. af befolkningen med højest forbrug af ydelser (Pct.)
Nordjylland	116.367	31.471	27,0
Midtjylland	266.968	70.630	26,5
Syddanmark	273.450	76.165	27,9
Hovedstaden	324.487	94.848	29,2
Sjælland	197.578	52.777	26,7
Hele landet	1.178.850	325.891	27,6

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

3 Fire profiler af ældre borgere med højest forbrug

Tabel 3

Andel af de forskellige profiler af ældre med højest forbrug af ydelser ud af hele befolkningen, 2022

	Plejhjemsbeboeren	Modtageren af pleje i eget hjem	Borgeren med meget akut sygehusaktivitet	Borgeren med meget planlagt sygehusaktivitet
Nordjylland	0,7	0,8	0,5	3,9
Midtjylland	0,7	0,6	0,5	3,5
Syddanmark	0,6	0,9	0,6	4,0
Hovedstaden	0,6	0,5	0,4	3,6
Sjælland	0,6	0,8	0,6	4,2
Hele landet	0,6	0,7	0,5	3,8

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Bilag 2: Kommunespecifikke nøgletal

Ældre med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser



Indenrigs- og
Sundhedsministeriets
BENCHMARKINGENHED

4524942296

Publikationen kan hentes på hjemmesiden for
Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed:
www.benchmark.dk

Henvendelse om publikationen kan ske til kontaktpersonen
på analysen, som fremgår af hjemmesiden.

Indhold

Læsevejledning	3
1 Fordeling af det samlede forbrug af ydelser.....	4
2 Ældre med højest forbrug af ydelser	7
3 Fire profiler af ældre borgere med højest forbrug	10

Læsevejledning

I det følgende præsenteres tre tabeller med kommunespecifikke nøgletal. Generelt er data i nærværende bilag afgrænset på samme måde som i hovedrapporten. Frederikshavn Kommune indgår ikke grundet manglede data.

Tabel 1: Fordelingen af det samlede forbrug af sundheds- og plejeydelser

Tabel 1 viser fordelingen af det samlede forbrug af sundheds- og plejeydelser blandt kommunernes befolkning i 2022. Sundheds- og plejeydelser omfatter i denne analyse sygehussektor, praksissektor (inkl. medicin), hjemmesygepleje, praktisk hjælp, personlig pleje og plejebolig.

I kolonneoverskrifterne er der angivet andele af befolkningen i hver af kommune. Tabellen viser hvor stor en andel af kommunens samlede forbrug af sundheds- og plejeydelser de forskellige andele af kommunens befolkning står for, sorteret efter højeste forbrug. Eksempelvis står 10 pct. af befolkningen i Albertslund Kommune for 79,3 pct. af Albertslund Kommunes samlede forbrug af sundheds- og plejeydelser.

Tabel 2: Ældre med højest forbrug af ydelser

Tabel 2 viser antal ældre over 64 år samt antal og andel ældre der er blandt de 10 pct. af befolkningen med højest forbrug af ydelser på tværs af kommuner i 2022.

Tabel 3: Fire profiler af ældre borgere med højest forbrug

I analysen har vi identificeret fire profiler af ældre borgere, der er blandt de 10 pct. af befolkningen med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser. Profilerne er dannet ved hjælp af en klyngeanalyse på baggrund af ældres gennemsnitlige forbrug af de enkelte sundheds- og plejeydelser i løbet af 2022. De fire profiler er: *Plejehjemsboeren*, *modtageren af pleje i eget hjem*, *borgeren med meget akut sygehusaktivitet* og *borgeren med meget planlagt sygehusaktivitet*.

I tabel 3 vises andel af hver af de fire profiler ud befolkningen i de enkelte kommuner i pct.

1 Fordeling af det samlede forbrug af ydelser

Tabel 1

Fordeling af det samlede forbrug af sundheds- og plejeydelser på tværs af kommuner (pct.), 2022

Kommune /pct. af befolkningen	10 pct.	20 pct.	30 pct.	40 pct.	50 pct.	60 pct.	70 pct.	80 pct.	90 pct.	100 pct.
Albertslund	79,3	89,8	94,3	96,8	98,3	99,1	99,6	99,9	100,0	100,0
Allerød	80,0	89,9	94,3	96,7	98,2	99,0	99,6	99,8	100,0	100,0
Assens	77,1	88,5	93,5	96,3	98,0	99,0	99,5	99,9	100,0	100,0
Ballerup	78,7	89,8	94,4	96,9	98,3	99,1	99,6	99,9	100,0	100,0
Billund	76,4	88,1	93,4	96,3	98,0	99,0	99,6	99,9	100,0	100,0
Bornholm	76,4	88,3	93,4	96,3	98,0	99,0	99,6	99,9	100,0	100,0
Brøndby	79,6	90,3	94,8	97,1	98,4	99,2	99,7	99,9	100,0	100,0
Brønderslev	77,8	88,9	93,7	96,4	98,0	99,0	99,6	99,9	100,0	100,0
Dragør	79,9	90,4	94,6	96,9	98,3	99,1	99,6	99,9	100,0	100,0
Egedal	78,7	89,5	94,1	96,6	98,1	99,0	99,6	99,9	100,0	100,0
Esbjerg	76,8	88,3	93,5	96,4	98,0	99,0	99,6	99,9	100,0	100,0
Fanø	76,1	88,4	93,6	96,4	98,1	99,0	99,6	99,9	100,0	100,0
Favrskov	78,6	89,2	93,9	96,6	98,1	99,0	99,6	99,9	100,0	100,0
Faxe	79,5	90,1	94,5	96,9	98,3	99,2	99,6	99,9	100,0	100,0
Fredensborg	77,6	88,8	93,7	96,4	98,0	99,0	99,6	99,9	100,0	100,0
Fredericia	76,2	88,0	93,3	96,3	98,0	99,0	99,6	99,9	100,0	100,0
Frederiksberg	80,5	90,6	94,8	97,1	98,4	99,1	99,6	99,9	100,0	100,0
Frederikssund	77,8	89,0	93,7	96,4	98,0	99,0	99,5	99,9	100,0	100,0
Furesø	79,4	89,8	94,3	96,7	98,2	99,1	99,6	99,9	100,0	100,0
Faaborg-Midtfyn	78,0	89,0	93,8	96,5	98,1	99,0	99,6	99,8	100,0	100,0
Gentofte	81,0	90,7	94,8	97,1	98,4	99,2	99,6	99,9	100,0	100,0
Gladsaxe	80,9	90,8	94,9	97,2	98,4	99,2	99,7	99,9	100,0	100,0
Glostrup	79,2	90,1	94,6	97,0	98,4	99,2	99,7	99,9	100,0	100,0
Greve	79,5	89,7	94,2	96,7	98,1	99,0	99,6	99,9	100,0	100,0
Gribskov	78,3	89,5	94,1	96,7	98,2	99,1	99,6	99,9	100,0	100,0
Guldborgsund	77,7	89,1	94,0	96,7	98,2	99,1	99,6	99,9	100,0	100,0
Haderslev	77,6	88,9	93,9	96,6	98,1	99,1	99,6	99,9	100,0	100,0
Halsnæs	76,9	88,6	93,6	96,4	98,0	99,0	99,6	99,9	100,0	100,0
Hedensted	78,2	89,2	94,0	96,6	98,2	99,1	99,6	99,9	100,0	100,0
Helsingør	78,1	88,9	93,7	96,3	98,0	99,0	99,5	99,8	100,0	100,0
Herlev	78,1	89,3	94,1	96,7	98,2	99,1	99,6	99,9	100,0	100,0
Herning	79,8	90,0	94,4	96,9	98,3	99,1	99,6	99,9	100,0	100,0
Hillerød	79,0	89,3	93,9	96,6	98,1	99,0	99,6	99,9	100,0	100,0
Hjørring	77,5	88,8	93,6	96,4	98,0	99,0	99,6	99,9	100,0	100,0
Holbæk	79,7	90,0	94,4	96,9	98,3	99,1	99,6	99,9	100,0	100,0
Holstebro	78,8	89,5	94,1	96,7	98,2	99,1	99,6	99,9	100,0	100,0
Horsens	78,3	89,4	94,2	96,8	98,2	99,1	99,6	99,9	100,0	100,0
Hvidovre	80,3	90,7	94,9	97,1	98,4	99,2	99,7	99,9	100,0	100,0

Kommune /pct. af befolkningen	10 pct.	20 pct.	30 pct.	40 pct.	50 pct.	60 pct.	70 pct.	80 pct.	90 pct.	100 pct.
Høje-Taastrup	78,7	89,7	94,4	96,9	98,3	99,2	99,6	99,9	100,0	100,0
Hørsholm	78,9	89,4	94,0	96,6	98,1	99,0	99,6	99,9	100,0	100,0
Ikast-Brande	78,8	89,4	94,0	96,6	98,2	99,1	99,6	99,9	100,0	100,0
Ishøj	78,7	89,7	94,4	96,9	98,3	99,2	99,6	99,9	100,0	100,0
Jammerbugt	78,2	89,2	94,0	96,6	98,1	99,1	99,6	99,9	100,0	100,0
Kalundborg	77,9	89,3	94,1	96,7	98,2	99,1	99,6	99,9	100,0	100,0
Kerteminde	77,3	88,6	93,6	96,4	98,0	99,0	99,5	99,8	100,0	100,0
Kolding	77,4	88,6	93,7	96,4	98,0	99,0	99,6	99,9	100,0	100,0
København	80,8	90,5	94,7	97,0	98,3	99,2	99,6	99,9	100,0	100,0
Køge	79,1	89,5	94,1	96,6	98,1	99,0	99,6	99,9	100,0	100,0
Langeland	78,1	89,6	94,3	96,8	98,3	99,2	99,6	99,9	100,0	100,0
Lejre	78,9	89,4	94,0	96,6	98,1	99,0	99,6	99,9	100,0	100,0
Lemvig	79,4	90,3	94,8	97,1	98,5	99,2	99,7	99,9	100,0	100,0
Lolland	77,7	89,2	94,1	96,8	98,3	99,2	99,7	99,9	100,0	100,0
Lyngby-Taarbæk	81,1	90,8	94,9	97,2	98,5	99,2	99,7	99,9	100,0	100,0
Læsø	78,6	90,2	94,7	97,1	98,5	99,2	99,7	99,9	100,0	100,0
Mariagerfjord	76,9	88,4	93,5	96,3	98,0	99,0	99,5	99,8	100,0	100,0
Middelfart	77,4	88,6	93,5	96,3	98,0	98,9	99,5	99,8	100,0	100,0
Morsø	78,8	89,7	94,2	96,7	98,2	99,0	99,6	99,9	100,0	100,0
Norddjurs	77,7	88,9	93,9	96,6	98,2	99,1	99,6	99,9	100,0	100,0
Nordfyns	78,6	89,4	94,1	96,7	98,2	99,1	99,6	99,9	100,0	100,0
Nyborg	77,4	88,6	93,5	96,3	98,0	99,0	99,5	99,8	100,0	100,0
Næstved	78,2	89,1	93,9	96,6	98,1	99,0	99,6	99,9	100,0	100,0
Odder	80,3	90,2	94,5	96,9	98,2	99,1	99,6	99,9	100,0	100,0
Odense	77,2	88,5	93,5	96,3	97,9	99,0	99,5	99,9	100,0	100,0
Odsherred	77,3	89,0	94,0	96,6	98,2	99,1	99,6	99,9	100,0	100,0
Randers	79,4	89,6	94,2	96,7	98,2	99,1	99,6	99,9	100,0	100,0
Rebild	78,0	89,2	94,0	96,6	98,1	99,1	99,6	99,9	100,0	100,0
Ringkøbing-Skjern	79,9	90,1	94,5	96,9	98,3	99,1	99,6	99,9	100,0	100,0
Ringsted	79,5	90,0	94,5	96,9	98,3	99,1	99,6	99,9	100,0	100,0
Roskilde	79,5	89,8	94,3	96,8	98,2	99,1	99,6	99,9	100,0	100,0
Rudersdal	81,1	90,8	94,9	97,1	98,4	99,2	99,6	99,9	100,0	100,0
Rødovre	80,3	90,7	94,9	97,1	98,4	99,2	99,6	99,9	100,0	100,0
Samsø	80,0	90,8	95,1	97,3	98,6	99,3	99,7	99,9	100,0	100,0
Silkeborg	78,6	89,3	94,0	96,6	98,2	99,1	99,6	99,9	100,0	100,0
Skanderborg	79,9	89,9	94,3	96,8	98,2	99,1	99,6	99,8	100,0	100,0
Skive	78,2	89,3	94,0	96,6	98,1	99,0	99,6	99,9	100,0	100,0
Slagelse	79,7	90,1	94,5	96,9	98,3	99,1	99,6	99,9	100,0	100,0
Solrød	79,1	89,1	93,6	96,3	97,9	98,9	99,5	99,8	100,0	100,0
Sorø	79,1	89,9	94,5	96,9	98,3	99,2	99,6	99,9	100,0	100,0
Stevns	79,8	90,0	94,4	96,8	98,3	99,1	99,6	99,9	100,0	100,0
Struer	78,4	89,3	94,0	96,6	98,1	99,0	99,6	99,9	100,0	100,0
Svendborg	79,0	89,5	94,1	96,6	98,1	99,0	99,6	99,9	100,0	100,0

Kommune /pct. af befolkningen	10 pct.	20 pct.	30 pct.	40 pct.	50 pct.	60 pct.	70 pct.	80 pct.	90 pct.	100 pct.
Syddjurs	78,0	89,0	93,8	96,5	98,1	99,0	99,6	99,9	100,0	100,0
Sønderborg	77,1	88,7	93,7	96,5	98,1	99,1	99,6	99,9	100,0	100,0
Thisted	78,0	89,4	94,1	96,7	98,2	99,1	99,6	99,9	100,0	100,0
Tønder	76,4	88,3	93,6	96,5	98,1	99,1	99,6	99,9	100,0	100,0
Tårnby	79,1	89,9	94,4	96,8	98,2	99,1	99,6	99,9	100,0	100,0
Vallensbæk	79,6	90,1	94,5	96,8	98,2	99,1	99,6	99,9	100,0	100,0
Varde	76,4	88,3	93,6	96,4	98,1	99,0	99,6	99,9	100,0	100,0
Vejen	76,6	88,5	93,7	96,5	98,1	99,1	99,6	99,9	100,0	100,0
Vejle	77,2	88,4	93,5	96,3	98,0	99,0	99,6	99,9	100,0	100,0
Vesthimmerlands	78,2	89,4	94,2	96,7	98,2	99,1	99,6	99,9	100,0	100,0
Viborg	77,3	88,7	93,6	96,4	98,1	99,0	99,6	99,9	100,0	100,0
Vordingborg	78,9	89,6	94,3	96,8	98,3	99,1	99,6	99,9	100,0	100,0
Ærø	81,6	91,7	95,4	97,5	98,6	99,3	99,7	99,9	100,0	100,0
Aabenraa	76,7	88,3	93,6	96,5	98,1	99,1	99,6	99,9	100,0	100,0
Aalborg	78,5	89,5	94,2	96,7	98,2	99,1	99,6	99,9	100,0	100,0
Aarhus	80,9	90,5	94,6	96,9	98,3	99,1	99,6	99,9	100,0	100,0
Hele landet	79,0	89,7	94,2	96,8	98,2	99,1	99,6	99,9	100,0	100,0

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

2 Ældre med højest forbrug af ydelser

Tabel 2

Antal og andel ældre blandt de 10 pct. af befolkningen med højest forbrug af ydelser på tværs af kommuner, 2022

	Antal ældre over 64 år	Antal ældre blandt de 10 pct. af befolkningen med højest forbrug af ydelser	Andel ældre blandt de 10 pct. af befolkningen med højest forbrug af ydelser (Pct.)
Albertslund	5.121	1.478	28,9
Allerød	5.504	1.428	25,9
Assens	9.905	2.697	27,2
Ballerup	10.088	3.109	30,8
Billund	5.819	1.575	27,1
Bornholm	12.027	3.356	27,9
Brøndby	6.888	2.066	30,0
Brønderslev	8.299	2.299	27,7
Dragør	3.619	1.040	28,7
Egedal	8.336	2.236	26,8
Esbjerg	25.024	7.277	29,1
Fanø	1.253	308	24,6
Favrskov	9.462	2.337	24,7
Faxe	8.570	2.328	27,2
Fredensborg	9.793	2.605	26,6
Fredericia	11.178	3.187	28,5
Frederiksberg	18.203	5.809	31,9
Frederikssund	11.279	2.989	26,5
Furesø	9.102	2.522	27,7
Faaborg-Midtfyn	13.029	3.331	25,6
Gentofte	15.731	4.706	29,9
Gladsaxe	11.829	3.659	30,9
Glostrup	4.313	1.392	32,3
Greve	10.931	2.923	26,7
Gribskov	11.525	3.230	28,0
Guldborgsund	16.786	4.510	26,9
Haderslev	13.200	3.584	27,2
Halsnæs	8.652	2.362	27,3
Hedensted	9.938	2.607	26,2
Helsingør	15.849	4.316	27,2
Herlev	5.606	1.662	29,6
Herning	18.126	4.827	26,6
Hillerød	10.158	2.681	26,4
Hjørring	15.890	4.319	27,2
Holbæk	15.889	4.188	26,4
Holstebro	12.541	3.219	25,7

	Antal ældre over 64 år	Antal ældre blandt de 10 pct. af befolkningen med højest forbrug af ydelser	Andel ældre blandt de 10 pct. af befolkningen med højest forbrug af ydelser (Pct.)
Horsens	17.708	4.782	27,0
Hvidovre	9.352	2.993	32,0
Høje-Taastrup	9.247	2.687	29,1
Hørsholm	7.094	1.964	27,7
Ikast-Brande	8.768	2.220	25,3
Ishøj	3.828	1.150	30,0
Jammerbugt	9.628	2.437	25,3
Kalundborg	12.190	3.267	26,8
Kerteminde	6.284	1.645	26,2
Kolding	18.453	5.205	28,2
København	67.891	20.319	29,9
Køge	12.590	3.426	27,2
Langeland	4.472	1.251	28,0
Lejre	6.453	1.603	24,8
Lemvig	5.394	1.405	26,0
Lolland	12.321	3.306	26,8
Lyngby-Taarbæk	11.290	3.394	30,1
Læsø	728	173	23,8
Mariagerfjord	10.143	2.617	25,8
Middelfart	9.400	2.451	26,1
Morsø	5.411	1.499	27,7
Norddjurs	9.654	2.536	26,3
Nordfyns	7.186	1.938	27,0
Nyborg	8.122	2.220	27,3
Næstved	18.776	4.952	26,4
Odder	5.643	1.421	25,2
Odense	36.386	10.779	29,6
Odsherred	10.578	2.595	24,5
Randers	20.836	5.899	28,3
Rebild	6.231	1.699	27,3
Ringkøbing-Skjern	13.200	3.351	25,4
Ringsted	6.599	1.797	27,2
Roskilde	17.866	4.812	26,9
Rudersdal	13.288	3.920	29,5
Rødovre	7.500	2.387	31,8
Samsø	1.323	323	24,4
Silkeborg	19.566	5.153	26,3
Skanderborg	11.993	3.016	25,1
Skive	11.394	3.171	27,8
Slagelse	17.859	5.117	28,7
Solrød	4.722	1.213	25,7

	Antal ældre over 64 år	Antal ældre blandt de 10 pct. af befolkningen med højest forbrug af ydelser	Andel ældre blandt de 10 pct. af befolkningen med højest forbrug af ydelser (Pct.)
Sorø	6.635	1.849	27,9
Stevns	5.962	1.514	25,4
Struer	5.694	1.512	26,6
Svendborg	14.658	4.028	27,5
Syddjurs	11.425	2.825	24,7
Sønderborg	18.620	5.236	28,1
Thisted	10.757	2.967	27,6
Tønder	9.649	2.705	28,0
Tårnby	8.202	2.520	30,7
Vallensbæk	3.172	868	27,4
Varde	11.786	3.314	28,1
Vejen	9.290	2.564	27,6
Vejle	23.067	6.380	27,7
Vesthimmerlands	9.022	2.473	27,4
Viborg	20.622	5.732	27,8
Vordingborg	12.851	3.377	26,3
Ærø	2.220	594	26,8
Aabenraa	14.449	3.896	27,0
Aalborg	40.258	10.988	27,3
Aarhus	53.681	14.294	26,6
Hele landet	1.178.850	325.891	27,6

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

3 Fire profiler af ældre borgere med højest forbrug

Tabel 3

Andel af de forskellige profiler af ældre med højest forbrug af ydelser ud af hele befolkningen, 2022

	Plejhjemsbeboeren	Modtageren af pleje i eget hjem	Borgeren med meget akut sygehusaktivitet	Borgeren med meget planlagt sygehusaktivitet
Albertslund	0,4	0,7	0,5	3,7
Allerød	0,7	0,3	0,4	4,0
Assens	0,7	1,0	0,7	4,1
Ballerup	0,6	0,9	0,6	4,2
Billund	0,6	0,9	0,7	3,7
Bornholm	0,9	1,4	0,7	5,4
Brøndby	0,7	0,6	0,6	4,0
Brønderslev	0,7	0,8	0,5	4,3
Dragør	0,6	0,8	0,7	5,0
Egedal	0,4	0,5	0,4	3,7
Esbjerg	0,6	1,0	0,6	4,1
Fanø	1,0	1,1	1,1	5,8
Favrskov	0,6	0,6	0,5	3,1
Faxe	0,8	0,9	0,6	4,0
Fredensborg	0,6	0,6	0,5	4,7
Fredericia	0,6	0,8	0,7	4,1
Frederiksberg	0,7	0,2	0,4	4,2
Frederikssund	0,7	0,7	0,5	4,6
Furesø	0,6	0,4	0,5	4,6
Faaborg-Midtfyn	0,6	0,9	0,7	4,2
Gentofte	1,0	0,5	0,4	4,5
Gladsaxe	0,7	0,6	0,5	3,5
Glostrup	0,8	0,7	0,5	4,0
Greve	0,5	0,8	0,6	3,9
Gribskov	0,9	1,4	0,9	4,7
Guldborgsund	0,7	1,1	0,6	5,0
Haderslev	0,6	1,1	0,6	4,2
Halsnæs	0,7	0,7	0,5	5,6
Hedensted	0,6	0,9	0,6	3,5
Helsingør	0,7	0,8	0,6	4,7
Herlev	0,5	0,5	0,5	4,2
Herning	0,7	0,8	0,5	3,4
Hillerød	0,7	0,5	0,4	3,5
Hjørring	0,7	1,1	0,6	4,4
Holbæk	0,5	0,8	0,6	3,9
Holstebro	0,7	0,9	0,5	3,4

	Plejhjemsbeboeren	Modtageren af pleje i eget hjem	Borgeren med meget akut sygehusaktivitet	Borgeren med meget planlagt sygehusaktivitet
Horsens	0,5	0,1	0,3	4,1
Hvidovre	0,7	0,5	0,5	4,0
Høje-Taastrup	0,5	0,2	0,4	4,0
Hørsholm	0,9	0,8	0,8	5,5
Ikast-Brande	0,5	0,6	0,5	3,7
Ishøj	0,4	0,6	0,5	3,4
Jammerbugt	0,6	0,5	0,5	4,8
Kalundborg	0,5	1,0	0,7	4,4
Kerteminde	0,9	1,0	0,6	4,3
Kolding	0,6	0,7	0,5	3,8
København	0,5	0,3	0,2	2,2
Køge	0,6	0,7	0,5	3,8
Langeland	1,4	1,9	1,3	5,6
Lejre	0,5	0,6	0,5	4,0
Lemvig	0,9	1,1	0,8	4,5
Lolland	0,8	1,3	0,8	5,3
Lyngby-Taarbæk	0,8	0,7	0,5	3,9
Læsø	1,8	0,8	1,4	5,8
Mariagerfjord	0,7	1,0	0,7	3,9
Middelfart	0,6	0,9	0,6	4,0
Morsø	1,1	1,2	0,7	4,4
Norrdjurs	0,9	1,1	0,7	4,2
Nordfyns	0,7	0,8	0,7	4,3
Nyborg	0,5	1,3	0,8	4,3
Næstved	0,6	0,6	0,5	4,3
Odder	0,7	0,7	0,6	4,1
Odense	0,5	0,7	0,5	3,5
Odsherred	0,7	1,2	0,8	5,2
Randers	1,1	0,7	0,6	3,7
Rebild	0,6	1,0	0,6	3,3
Ringkøbing-Skjern	0,8	0,3	0,4	4,5
Ringsted	0,5	0,6	0,5	3,4
Roskilde	0,6	0,7	0,5	3,6
Rudersdal	0,9	0,6	0,5	4,8
Rødovre	0,7	0,6	0,5	3,9
Samsø	0,9	0,2	0,8	6,8
Silkeborg	0,7	0,6	0,5	3,5
Skanderborg	0,5	0,6	0,4	3,1
Skive	0,9	1,0	0,8	4,4
Slagelse	0,6	1,0	0,6	4,2
Solrød	0,5	0,6	0,4	3,5

	Plejhjemsbeboeren	Modtageren af pleje i eget hjem	Borgeren med me- get akut sygehusak- tivitet	Borgeren med me- get planlagt syge- husaktivitet
Sorø	0,6	0,9	0,6	4,0
Stevns	0,5	1,0	0,7	4,2
Struer	0,8	1,0	0,6	4,8
Svendborg	0,8	1,2	0,7	4,2
Syddjurs	0,6	0,7	0,7	4,5
Sønderborg	0,7	1,2	0,7	4,5
Thisted	0,9	1,0	0,7	4,2
Tønder	0,7	1,2	0,9	4,5
Tårnby	0,7	0,7	0,5	4,1
Vallensbæk	0,3	0,7	0,5	3,8
Varde	0,8	0,8	0,6	4,5
Vejen	0,6	1,0	0,6	3,7
Vejle	0,6	0,7	0,5	3,6
Vesthimmerlands	0,9	1,1	0,6	4,2
Viborg	0,7	0,9	0,7	3,7
Vordingborg	0,8	0,9	0,7	5,0
Ærø	1,3	1,1	0,8	6,7
Aabenraa	0,6	1,1	0,7	4,2
Aalborg	0,6	0,5	0,4	3,4
Aarhus	0,6	0,4	0,3	2,8
Hele landet	0,6	0,7	0,5	3,8

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Bilag 12:

Patienter og pårørendes oplevelser med, og ønsker til, sundhedsvæsenet. Hovedpointer fra feedbackmøder med patienter og pårørende.

Til Sundhedsstrukturkommissionen, ViBIS



AFRAPPORTERING

PATIENTER OG PÅRØRENDES OPLEVELSER MED, OG ØNSKER TIL, SUNDHEDSVÆSENET

Hovedpointer fra feedbackmøder med patienter og pårørende, juni 2023

Til Sundhedsstrukturkommissionen

ViBIS, august 2023

Introduktion

Baggrund

Regeringen har i marts 2023 nedsat Sundhedsstrukturkommissionen (herefter Kommissionen).

Kommissionen skal udarbejde anbefalinger til, hvordan den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet kan se ud, så det imødekommer de udfordringer, der er i fremtidens sundhedsvæsen med bl.a. mangel på medarbejdere og et stigende antal patienter samt se på muligheder for bedre sammenhæng. Anbefalingerne skal være funderet i både eksisterende viden samt analyser, der udarbejdes i forbindelse med Kommissionens arbejde. Kommissionens anbefalinger forventes at blive offentliggjort i foråret 2024.

Kommissionen har ønsket at få en dybere forståelse for patienter og pårørendes oplevelser af deres patientforløb, og hvordan disse oplevelser kan tilføje nye perspektiver på muligheder og begrænsninger i den måde, sundhedsvæsenet er struktureret på. Derfor har Videns- og Kompetencecenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS) gennemført to feedbackmøder med patient- og pårørenderepræsentanter.

Denne afrapportering indeholder en opsamling af feedbackmøderne til Kommissionen.

Feedbackmøder

Der deltog samlet set 22 patient- og pårørenderepræsentanter i de to feedbackmøder, hvoraf 13 var patienter, seks var pårørende og tre var ansatte i en patientforening og deltog på baggrund af en bred viden om patientgruppen.

Deltagerne var rekrutteret gennem Danske Patienters medlemsforeninger og blev udvalgt via rekrutteringskriterier, så gruppen som helhed dækkede livsstilssygdomme, livstruende sygdomme, progredierende sygdomme og psykisk sygdom. Gruppen delte deres erfaringer fra et liv med et bredt udsnit af sygdomme og lidelser, bl.a. diabetes, Alzheimer, hjertesygdom, lungesygdom, kræftsygdom, Parkinson, gigtsygdom, psykisk sygdom og sjældne diagnoser. Foruden patienter og pårørende samt repræsentanter fra patientforeninger deltog to-tre medlemmer af Kommissionen og fire repræsentanter fra sekretariatet for Kommissionen.

Feedbackmøderne havde hver en varighed af tre timer og 15 minutter.





Forud for feedbackmøderne var alle 22 patient- og pårørenderepræsentanter blevet interviewet pr telefon for at understøtte deres forberedelse til feedbackmøderne og for at sikre afdækning af deres perspektiver. I både telefoninterviews og til feedbackmøderne blev de interviewet om deres erfaringer, og hvad der er vigtigt for sammenhæng i sundhedsvæsenet fra et patient- og pårørendeperspektiv.

Under interviewene på feedbackmøderne lyttede repræsentanter fra Kommissionen og medarbejdere fra Kommissionens sekretariat til patient- og pårørenderepræsentanterne. Herefter reflekterede kommissionsmedlemmerne over patient- og pårørenderepræsentanternes input, og der blev åbnet for dialog deltagerne imellem. Slutteligt prioriterede patient- og pårørenderepræsentanterne deres input til, hvad der er vigtigt i et mere sammenhængende sundhedsvæsen.

Efter feedbackmøderne er patienter og pårørendes input tematiseret i otte overordnede temaer, der er fremkommet på baggrund af en tematisk analyse af det samlede datamateriale. Temaerne præsenteres og udfoldes på de efterfølgende sider. Rapporten bygger udelukkende på data fra de gennemførte feedbackmøder og forudgående telefoninterviews (og ikke anden litteratur fx).

For at gengive patient- og pårørenderepræsentanternes pointer bedst muligt er opsummeringerne af pointerne suppleret med mange citater. Som reference er det angivet, om udsagnet er fra en patient, en pårørende eller en repræsentant fra en patientforening. Ydermere er der ved patientcitater angivet, hvilken sygdom patienten lever med. Det skal i den forbindelse pointeres, at flere af patienterne, der deltog i feedbackmøderne, levede med mere end én sygdom, hvoraf kun én fremhæves i denne rapport. For læsevenlighedens skyld benyttes fremover termerne *patienter* og *pårørende* (fremfor *patientrepræsentanter* og *pårørenderepræsentanter*).

Ønsker fra patienter og pårørende til fremtidens sundhedsvæsen

1. Høj, faglig kvalitet uden at det fragmenterer sundhedsvæsenet.....s. 4
2. Samling og samarbejde under ét tag fremfor isolerede siloer..... s. 6
3. Klare forløb kan sikre rettidig udredning og behandling..... s. 9
4. Overblik over relevante tilbud og hjælp til at navigere i dem s. 11
5. Deling og brug af patientens data, så viden ikke går tabt, og undersøgelser ikke skal gentages..... s. 13
6. Lige mulighed for hjælp og støtte uanset geografis. 15
7. Øget fokus på det mentale aspekt af det at leve med sygdom.....s. 17
8. Støtte til pårørendes mange roller og opgaver..... s. 18

*Jeg håber, at
sundhedsstrukturkommissionen vil have
mod til at tænke nyt, så vi ikke får endnu
en fin rapport ud, som anbefaler at gøre
noget mere af alt det, der ikke virker.*

Tidligere patient i psykiatrien

1. Høj, faglig kvalitet uden at det fragmenterer sundhedsvæsenet

Dette tema udfolder patienter og pårørendes oplevelser af, hvordan det er at være patient i et specialiseret, men også fragmenteret sundhedsvæsen: Specialiseringen har medvirket til høj faglighed på særligt de store hospitaler. Men bagsiden af specialiseringen er et mere fragmenteret sundhedsvæsen, hvor man som patient og pårørende selv skal navigere mellem de forskellige dele af sundhedsvæsenet, både internt på hospitaler, i kommuner og imellem dem.

Høj faglighed på hospitalerne

Patienterne fortæller, at specialiseringen har styrket fagligheden på forskellige sygdomsområder, især på hospitalerne. Som eksempler nævner patienter og pårørende dygtige læger og gode behandlingsmuligheder inden for hjerte-, lunge- og kræftsygdomme samt i akutte forløb.

Kompetencerne mangler hos almen praksis, lokale sygehuse og kommunerne

Bagsiden af den øgede specialisering er, at viden og kompetencer mangler hos mange af de sundhedspersoner, som patienterne møder i andre dele af sundhedsvæsenet. En forælder, hvis barn har fået en organtransplantation, siger fx:

Kommer man på et lokalt sygehus, ser de skræk i øjnene, hvis man siger "organtransplantation". Det ved de slet ikke noget om. Pårørende

Lægerne er rigtig dygtige, hvis man kun har brug for én læge, inden for én silo. Så går det egentlig meget godt. Men Gud nåde trøste dig, hvis du skal hjem til en kommune eller noget som helst andet: Så går det galt. Tidligere patient i psykiatrien

Særligt for patienter med flere sygdomme eller sygdomme, der kræver en specialistfunktion, bliver det afgørende, at andre sundhedspersoner ved, hvem de kan kontakte og hente information og viden hos.

Der burde stilles krav til regioner og kommuner om bedre kommunikationsveje og vidensformidling, så der kommer specialviden ud til kommunerne og et kompetenceløft ift. de specialopgaver, der bliver udliciteret i kommunen. Patient med lungesygdom

Øget fragmentering og kompleksitet

Specialisering har skabt et fragmenteret system, hvor man som patient er i kontakt med mange forskellige personer i sundhedsvæsenet, der hver især har viden inden for et afgrænset område. Især hvis man har flere problematikker, oplever patienterne at blive en kasterbold mellem hospitalsafdelinger og hospitaler, almen praksis, kommunale tilbud, herunder sundheds- og servicelovsydelsler, samt privathospitaler.

Jeg forstår godt, at specialisering er med til at gøre, at vi får højt kvalificeret behandling, men det er et problem, når det så er sådan, at operationen lykkedes, men patienten døde, og det var fordi, det var en anden afdeling, der skulle have taget sig af stingene. Det giver ikke mening at have noget, der er så fragmenteret. Som patient er det i hvert fald sådan, det opleves. Tidligere patient i psykiatrien

Jeg har en fortid som sygeplejerske, og dengang, når der blev indlagt en patient, der fejlede flere sygdomme, kaldte vi efter relevante specialister, der kom og tilså patienten. Det gør man ikke i dag. Der får man pænt at vide, at du kan gå hjem til din praktiserende læge, og så kan du få en henvisning til den pågældende afdeling. Så tænker jeg: Hold da op, hvor er vi gode til at holde vores eget system i gang! Og til at betale. Fordi, så ulejliger man ikke kun patienten, som jo har et vældigt problem og skal være ressourcestærk for at kunne gøre noget ved det. Det koster også ekstra, fordi så skal man forbi den praktiserende læge og så igen ind på sygehuset. Repræsentant fra Hjerteforeningen

2. Samling og samarbejde fremfor isolerede siloer

Et billede på det fragmenterede sundhedsvæsen, der går igen i patienternes fortællinger, er billedet af sundhedsvæsenets siloer, der ikke kan tale sammen. Det gælder både internt på hospitaler og kommuner og på tværs af sektorer. Dette tema udfolder problematikken og patienter og pårørendes forslag til forbedringer.

Huller i kommunikation mellem fagpersoner

Patienterne støder på manglende kommunikation eller oplevelse af huller i kommunikationen, med den konsekvens, at de selv skal være opmærksomme på, hvor hullerne er, og hvilken information, de selv skal sikre, bliver videregivet. Siloernes eksistens – både i og udenfor sundhedsvæsenet fx i social- og beskæftigelsessektoren - og problematiseringen af dem kommer bl.a. til udtryk således:

*Når patienter har et begrænset funktionsniveau, og man fx er igennem en afklaring af ens arbejdsevne i det sociale system, er det ekstremt vigtigt, at der er koordination mellem det sociale system og sundhedssystemet. At det ikke er som adskilte søjler. De siger i de forskellige systemer, at "det er en anden sektor". Jeg har selv været igennem sådan et forløb, og det varede 6 år. Jeg blev mere syg af at være der. **Patient med gigtsygdom***

Patienten skal henvende sig ét sted

Patienterne udtrykker på forskellige måder ønske om – eller gode erfaringer med - at der er iværksat tiltag mhp., at patienten møder relevante fagpersoner på tværs af specialer og sektorer ét sted. Det kan fx være ved, at patienten henvender sig ét sted, eller ved at relevante fagpersoner samles omkring patienten.

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

Men [siloerne] er der jo ikke! Vi lader som om, at der faktisk findes sådan nogle... som om, at der er mure omkring sygehuset og de forskellige afdelinger. Det er der jo ikke! Det er noget, vi leger. At vi ikke kan snakke sammen, det er noget, vi leger. At vi ikke kan ringe til hinanden, det er noget, vi leger. At man ikke kan gå over... "ej, det plejer vi ikke, fra kommunen at gå over på afdelingen". Nej, plejer, og hvad så? Det er der ikke. Det er bare noget, vi bare leger. Vi kan lige så godt gøre noget andet, som virker.

Tidligere patient i psykiatrien

2. Samling og samarbejde fremfor isolerede siloer

Som gode eksempler på det at henvende sig ét sted, nævner flere af patienterne det at kunne møde op på ét ambulatorie mhp. at få gennemført flere undersøgelser som en del af deres udrednings-, behandlings- eller kontrolforløb (samedags-screening, samedagsundersøgelser). Sådanne tiltag vurderes positivt, idet de forskellige undersøgelser er koordineret i forhold til hinanden, og tilrettelagt således, at patienten sparer tid og kræfter.

*Når jeg skal til kontrol, skal jeg både have tjekket fødder, jeg skal have tjekket øjne, jeg skal tale med en sygeplejerske, jeg skal tale med en læge. I stedet for, at jeg skal tage fri fra arbejde i fire dage, så kan jeg være derinde på sygehuset i tre timer. **Patient med diabetes***

Til forskel fra dette, fortæller en anden patient om sine ønsker til sammenhæng i sundhedsvæsenet:

*Mit ønske er, at sundhedsvæsenet taler sammen om mig som patient og som et helt menneske og koordinerer tingene indbyrdes. Og det er ikke det, jeg har oplevet. Jeg skulle fx til to scanninger: én i Aarhus og én i Herning, og de lå med en halv times mellemrum. **Patient med kræftsygdom***

Relevante fagpersoner samles omkring patienten

Patienterne efterspørger mere samarbejde på tværs af forskellige specialer, så der tages højde for konsekvenserne af behandlingen for én sygdom på patientens eventuelle andre sygdomme. Der efterspørgeres fx, at andre relevante specialister indkaldes ved behov til vurdering af en patient under indlæggelse, og patienter, der har oplevet dette, vurderer det positivt:

*I Steno Diabetes Center Nordjylland forsøger de at lave konferencer på tværs af afdelinger, så ortopædkirurgisk afdeling kan få en endokrinolog ind, hvor de kan planlægge operationerne sådan, at de siger: "Vi har en her med en insulinpumpe; hvad gør vi? Vi får en sygeplejerske over, der kan hjælpe med at håndtere den under narkosen". **Patient med diabetes***

Klinik for Ældre Sygdomme (KÆS) bliver nævnt som eksempel på et godt tiltag, hvor relevante fagpersoner følger patienten, så denne ikke slippes, før der er sket en sikker overlevering. En pårørende til en patient med Parkinson siger:

*Når man ikke har infektion mere, må man ikke blive på hospitalet. Men min mand blev ikke udskrevet fra hospitalet: Han blev i stedet hjemsendt til plejehjemmet, og indlagt under KÆS. De kommer ud på plejehjemmet, alt efter hvor mange gange, det er nødvendigt, fx to-tre gange om ugen, og undersøger og kigger og tager prøver og finder ud af, hvornår han er helt rask til at blive udskrevet. Der kommer en læge og en sygeplejerske. Hold fast, hvor det fungerer! **Pårørende***

Et andet eksempel på, at det, at der følger en fagperson med fra ét sted til et andet, sikrer gode overleveringer, er følgende:

*Min egen erfaring har været, at det er et stort problem, når man skal skifte mellem siloer. Et stort problem, når man skulle skifte mellem personaler, uden at der var nogle, der fulgte med. Man bliver sin egen overlevering. (...) De få gange med overgangene, fx fra indlæggelse til udskrivelse, hvor det er gået godt: det er, når der er kommet et menneske ind på afdelingen og har snakket med mig og personalet og har været der i den anden ende. Eller det at komme tilbage til den samme afdeling. **Tidligere patient i psykiatrien***

Digital koordination på tværs af specialer og sektorer

Patienterne og de pårørende kommer også med eksempler på, hvordan digitale løsninger kan være med til at sikre bedre koordinering på tværs af sundhedsvæsenet, fx ved at afholde konsultationer digitalt:

*Det kunne også være godt, hvis der var nogle online netværksmøder fagpersonerne imellem og så med kommune, region, patienten og de pårørende. Så man brugte teknologi noget mere konsekvent, end man gør i dag. **Pårørende***

3. Klare forløb kan sikre rettidig udredning og behandling

Patienter og pårørende oplever et sundhedsvæsen, hvor der mangler klare planer, der sikrer rettidig og kvalificeret behandling. Temaet udfolder patienternes oplevelser og de konsekvenser, de oplever herved.

Manglende plan for et forløb

Nedenfor giver patienter og pårørende eksempler på, hvordan de oplever, at der mangler planer over deres forløb.

*Inden for fibromyalgi [reumatologisk sygdom] mangler vi en ensartethed i forhold til udredning og behandling. Der er geografisk ulighed i forhold til, hvilken behandling man får. Der mangler nogle overordnede retningslinjer. (...) Da jeg fik diagnosen, var jeg så heldig, at jeg boede i Region Hovedstaden, fordi der er der en specialiseret enhed for fibromyalgi på Frederiksberg, men det er det eneste sted i landet, der er det. Så jeg snakker med patienter over hele landet, der slet ikke får de her specialiserede tilbud. **Patient med gigtsygdom***

*I det system, vi har i dag, bliver Alzheimer ikke rigtig betragtet som det, det er: en uhelbredelig, dødelig sygdom. Og derfor er der hverken noget forløb eller handlingsplan eller nogen garanti for et behandlingsforløb. **Pårørende***

*Kommunerne siger fx, at der mangler visitationsregler i kommunerne: "Hvor skal vi visitere folk hen?" (...) Hospitalsafdelinger er også i tvivl: "Hvor kan vi henvise patienterne til? Må vi henvise til Center for Sjældne Sygdomme, eller skal de på en specialafdeling?" **Patient med sjælden diagnose***

*Normalt er det sådan, når jeg kommer på hospitalet - og det har jeg været rigtig mange gange til undersøgelser - så skal jeg vente et par måneder på at komme til en lungefunktionsundersøgelse. Så kommer jeg hjem, og så skal jeg vente endnu 1-1½ måned på at komme til en læge, som kan røntgenfotografere mig. Og så skal jeg igen vente en måned på at komme til næste trin. Så det, der kunne være blevet gjort på én dag, det tager lige pludselig 4-5 måneder. Jeg har jo en sygdom, der ikke kan helbredes. Jeg plejer at sige: Jeg ville faktisk hellere have konstateret kræft. Min kone har lige været igennem kræftpakken. Hun kom ind til lægen, og de undersøgte hende med det samme. Inden for en uge fik vi tildelt en koordinator. Han kunne give os svar på alle vores spørgsmål, så da vi gik hjem, var vi informerede om, hvad der nu skulle ske, og vi var trygge. **Patient med lungesygdom***

Sygdommen sættes ikke på pause i ventetiden på udredning og diagnose

De pårørende kommer med eksempler på, hvordan der inden for flere sygdomsområder er ventetid på udredning og diagnose, og at sygdommen forværres, fordi patienten ikke kan få hjælp under ventetiden. Som konkrete eksempler nævnes patienter med demens samt børn og voksne med psykiske problemstillinger, der ikke kan få hjælp i kommunalt regi (fx i skolen), før der er stillet en diagnose.

Nogle oplever imidlertid også, at en diagnose kan være en hæmsko for at blive visiteret til relevante tilbud for andre lidelser. Det giver anledning til ventetid, uklarhed om muligheder og frustrationer. Her fortæller en pårørende om sin mands behov for genoptræning efter flere operationer i hjernen:

*Man plejer at blive genoptrænet på Hammel Neurocenter. En af kirurgerne, der har været med til at operere ham, arbejder to dage om ugen på Hammel Neurocenter, og han fortæller Hammel, at min mand bør komme derud. Men Hammel vil ikke tage imod ham, fordi han har Parkinson. **Pårørende***

Manglende kommunikation og koordinering giver ekstraarbejde til patienter og pårørende og skaber utryghed

Patienterne har flere eksempler på, hvordan den manglende koordinering mellem forskellige sundhedspersoner i deres forløb betyder, at koordinerings- og plejopgaver lægges over på patienterne og deres pårørende, og at der med dette følger frustrationer, utryghed for forværring af sygdommen og ventetid på, at en ny sundhedsperson tager behandlingsansvaret.

Pårørende til patient med demens fortæller fx:

3. Klare forløb kan sikre rettidig udredning og behandling

Min mand fik en hjerneblødning her i april måned, og der sagde lægen, at det er så vigtigt, at man har et stabilt blodtryk på 130, og min mands blodtryk; når det lå lavt, var det på 150. Og de kæmpede for at få det ned, og jeg tror også, at min mand var lidt længere inde på sygehuset end sædvanligt, fordi de ikke kunne få det ned. Og så kommer vi hjem, og så får jeg en sygeplejerske i røret, som siger: "Gå nu ind og tag blodtrykket to gange om dagen, skriv det ned, og så skal I gå op til jeres egen læge og så få styr på, hvad der så skal ske. Og der står vi i en måned og laver de der registreringer hele tiden. Og så kommer vi til lægen, og så siger den praktiserende læge: "Nej, nej, nej, sådan skal det ikke være. Vi har et skema, som vi skal udfylde, og som vi skal bruge. Og det er over tre dage, I skal gøre det, og så kan vi komme videre i systemet med det". Så tilbage og gøre de ting.

Og så har vi så fået en tid hos lægen i august måned. Det vil sige, at fire måneder efter, at min mand har haft en hjerneblødning, så går vi med risiko for, at der kan komme en ny hjerneblødning. Og det er ekstremt frustrerende for os begge. Jeg føler, der er et ur, der tikker hele tiden. Og den der usikkerhed, når jeg har været ude og kommer hjem: Er han OK? Men i den der lange ventetid; der er det os selv, der skal rykke for, hvad der så skal ske. Der er ikke nogen tovholder, der gør noget, eller sørger for, at forløbet speedes op eller noget andet.

Pårørende

En oplevelse af, at sundhedspersoner ikke har tillid til hinandens arbejde

Nogle af patienterne og de pårørende fortæller også om deres erfaringer med, at sundhedspersoner ikke har villet bruge undersøgelser, som ikke er gennemført af dem selv, men på et andet hospital. I stedet gentages undersøgelser og udredninger, og dette skaber ventetid for patienterne på en ny udredning med risiko for, at patientens tilstand forværres i ventetiden. En pårørende til en patient med Parkinson fortæller:

*Under forløbet med min mand var der på Regionshospitalet Viborg det, der hed; "Samme-dags-udredning", hvor man får taget blodprøver, CT-skanning, røntgenbilleder og MR-scanninger. Man får det hele. Så undrer det mig stadigvæk, at når man så har resultaterne og ringer til Skejby [Aarhus Universitetshospital]: at de så ikke tager det ad notam. (...) I Viborg er der en neurolog, der sidder med et billede af en subdural blødning [kronisk blodsamling mellem kraniet og hjernen, som er opstået som følge af et traume] og siger [til Skejby]: "Patienten skal sendes ud til jer med det samme". [Men på Skejby siger de]: "Nej, vi vil have vores egen undersøgelse". Den bliver vi så aldrig indkaldt til. Så en måned senere er det mig, der bliver nødt til at ringe efter en ambulance og sige: "Nu er den helt gal. Nu har han fået to subdurale blødninger og er blevet opereret seks gange på 10 dage i hjernen". Det kunne have været undgået. **Pårørende***

Patienterne lever med kroniske sygdomme, og ofte med flere sygdomme. Fx har en af patienterne både diabetes, svær KOL og gigt – en anden har begyndende demens, slidgigt i hofterne samt har for nylig haft en blodprop i hjernen. De udtrykker bekymring for, om der er nogen, der har "styr på" deres medicin. Bekymringen udspringer af erfaringer med, at de får udleveret medicin, de ikke kan tåle (til trods for, at de har gjort opmærksom på det), eller at de får udleveret medicin af praktiserende læge, som vurderes at være "forældet" af speciallægen på hospitalet. Herudover beskriver de en bekymring for, om der er nogen, der har overblikket over, om kombinationerne af deres medicin for forskellige sygdomme påvirker hinanden. Derfor savner de hjælp til gennemgang af deres medicin, og en patient med gigt fortæller om et godt eksempel herpå:

*Nogle steder er der lavet en ordning med de reumatologiske afdelinger, så hvis der er mange patienter, der får mange forskellig slags medicin, kan de blive henvist til "oprydning" i deres medicin. Så kommer de op på afdelingen én gang om året og får kigget på hele den medicinske behandling. På den måde føler man sig ikke helt forladt. **Repræsentant fra Gigtforeningen***

4. Overblik over relevante tilbud og hjælp til at navigere i dem

Patienterne og de pårørende efterlyser et samlet overblik over relevante tilbud i sundhedsvæsenet og hjælp til at navigere heri og efterspørger nogle, der holder fat i trådene, og som patienterne kan vende tilbage til.

Mangler overblik over de relevante tilbud

Efter den akutte fase af en sygdom oplever nogle patienter og pårørende, at de i dag selv er tovholdere i deres videre behandlingsforløb. Patienterne beskriver det som opslidende og usikkert, da de ofte mangler kendskab til forebyggende tilbud, støttegrupper mm. på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet, og oplever, at sundhedspersonalet heller ikke har overblik over dette. Det kan dermed blive tilfældigheder, der gør, at patienten får kendskab til støttetilbud i fx kommunalt regi eller i en patientforening.

*På gigtafdelingen siger de: "Jamen, vi arbejder jo sammen med 20 kommuner, og jeg ved sørme ikke, hvad din kommune har [af tilbud]". Så der er meget opsøgende arbejde, som ligger på patientens skuldre. **Patient med gigtsygdom***

*Nogle gange er det kommunerne, der ikke har tilbud – andre gange er det lægerne, der ikke henviser til de gode tilbud. Så det er forskelligt, og der er i hvert fald nogle der, der ikke taler sammen. **Patient med lungesygdom***

*Noget hører man selv, noget er for sent, noget kommer til tiden, og det afhænger lidt af, hvem der måske er på job den dag. (...) Det kunne være rart, at man blev klædt på, så man ikke får tilbuddene bagudrettet. Man har ikke ressourcer til at opsøge alt det, når man står i orkanens øje. **Patient med kræftsygdom***

Nogle af patienterne og de pårørende nævner patientforeningerne som steder, "der lapper huller" og hjælper med at navigere i sundhedsvæsenet med vejledning og støtte, bl.a. fra andre patienter, der har stået i en lignende situation. Her ses potentialer i øget samarbejde med frivillige i sundhedsvæsenet.

Samtidig påpeger andre patienter udfordringer ved, at de frivillige ofte selv er syge, og at der pålægges dem et stort ansvar. Det pointeres ligeledes, at meget af den støtte, der kan hentes hos patientforeningerne, er afhængige af midlertidige bevillinger og dermed ikke varige.

Der skal være nogle, der tager ansvaret. Én, der holder fat i trådene

Patienterne efterspørger, at der er nogle, der kan tage ansvaret for koordineringen af deres forløb eller hjælpe dem, efter behov. Behovet for hjælp til at navigere i sundhedsvæsenet er forskelligt fra patient til patient og også over tid i den enkelte patients forløb. Der er også forskellige forslag til, hvem der kan tage ansvaret, fx den praktiserende læge, en sygeplejerske eller en frivillig, der har funktion som "tovholder", "koordinator", "gennemgående person", "personlig mentor", "personlig shopper" eller "patientens spindoktor".

*Hvis jeg skulle ønske mig én ting fra Strukturkommissionen, skulle det være en, der holder fat i trådene. Om det er en frivillig eller en læge eller en fra Kræftens Bekæmpelse. At der er en, der kommer til mig fra dag ét og siger: "Det her kommer til at ske, og er der noget, så ring til mig". Så var vi fri for at have fat i så mange tråde. Og så tænker jeg: Dem, der ikke har så mange ressourcer, de vil også have en chance for at overleve i systemet. For det er at overleve, når man skal jage rundt. **Patient med kræftsygdom***

4. Overblik over relevante tilbud og hjælp til at navigere i dem

Omkring det her med en tovholder, og om det skal være den praktiserende læge eller sygehuset, der har den funktion; der har vi haft en del diskussioner med gigtpatienter, og det er faktisk meget forskelligt, [hvad patienterne ønsker]. Dybest set siger de: "Det er man nødt til at finde ud af med dén patient, det drejer sig om". Hvis det er en patient, som fejler mange ting, og som primært kommer hos almen praktiserende læge, vil det være naturligt, at det er den praktiserende læge eller praksissygeplejerske, der har tovholderfunktionen. (...) Så er der andre kronikere; de går primært på et sygehus, fx hvis de er yngre og "bare" fejler én ting. Og der har de almindeligvis en fast læge/sygeplejerske – i hvert fald på gigtområdet. Og så er det naturligt, at det er vedkommende, der er tovholder. Fordi de patienter kommer kun til den praktiserende læge, hvis de har influenza eller sådan noget. Så jeg tror måske ikke, at det altid skal være den samme. Det vil den enkelte patient selv kunne vurdere.

Repræsentant fra Gigtforeningen

Den gennemgående sundhedsperson, patienten kan komme tilbage til

Flere af patienterne beskriver gode, men enkeltstående, oplevelser af at have en sundhedsperson i deres forløb, som de har kunnet vende tilbage til:

*Jeg havde en skizofrenilidelse, fra jeg var 14 år til jeg blev 50. (...) Det betyder også, at jeg har været indlagt over 30 gange. Der har været to lange forløb i alle de der rigtig mange behandlingskontakter gennem 35-40 år. Og de to lange kontakter; det har været dem, der har gjort forskellen. Der har det været de samme behandlere, som jeg har fået lov til at komme tilbage til. Så der er nogen, der har sagt: Jeg tager ansvaret for det her. Du får lov til at komme tilbage her. **Tidligere patient i psykiatrien***

Der er også positive oplevelser af det at have en fast speciallæge. Fx fortæller flere af patienterne, at de har været *heldige*, fordi de har været med i forskningsprojekter og derfor har haft den samme speciallæge. Eller at når de har oplevet at blive kastet rundt i sundhedsvæsenet, har de kontaktet den faste speciallæge for at komme hurtigere til en scanning eller lignende.

Der er også eksempler på, at patienten har fundet en god "arbejdsdeling" mellem på den ene side speciallægerne på hospitalet, der har skærpet fokus på behandling af deres sygdom, og så den praktiserende læge, som qua systematiske konsultationer hver tredje måned kan hjælpe med håndtering af bivirkninger og andre ting, relateret til sygdommen.

5. Deling og brug af patientens data, så viden ikke går tabt, og undersøgelser ikke skal gentages

Et stort ønske fra patienter og pårørende er, at patientens data deles mellem den praktiserende læge, kommune og hospitalet, og at it-systemerne understøtter dette på tværs af landet. Dette tema handler om patienterne og de pårørendes oplevelser af konsekvenserne ved manglende deling af data, undersøgelsesresultater og viden.

Patienten skal selv være bærer af information

Patienterne oplever - som en konsekvens af mangelfuld deling af viden og data sundhedspersonerne imellem - at de eller deres pårørende selv skal sikre, at vigtig information bliver videreføret. En af patienterne beskriver det som en oplevelse af, at patienten skal være "bærer af egen information", og fortæller om de bekymringer, det giver anledning til hos patienten:

*Det er vigtigt, at man ikke selv er ansvarlig for at være den, der bærer viden. At der måske er et ark i journalen, hvor [patientens] historie står. Så man ikke som patient og som pårørende skal være bærer af fortællingen hele tiden, og man egentlig er bekymret for: Misser man noget? Overser man noget? Man bliver indkaldt til en samtale, hvor man bliver spurgt en masse ting, som man faktisk ikke kan huske, fordi man har været dårlig. Ens hukommelse går jo i udu, når man får kemoterapi. (...) Man ved ikke, når man ringer til nogle, der sidder foran en skærm, hvilke huller der er i den kommunikation, vedkommende kan se. **Patient med kræftsygdom***

Når data ikke bliver delt, skal undersøgelser gentages

Patienterne oplever også, at undersøgelser skal gentages, fordi data ikke deles på tværs af regioner. Det gælder fx hvis en patient flytter og overgår til et andet hospital i en anden region. Patienterne peger på, at det både koster sundhedsvæsenet unødvendige ressourcer, og for dem som patienter betyder det mere tid på hospitaler og forlænget ventetid på fx udredning.

*I og med, at jeg har fået denne her diagnose [demens], har jeg først skulle til undersøgelse i Odense. Fordi der boede vi i Odense, og der blev jeg så undersøgt: Det var både en medicinsk undersøgelse og en psykologisk undersøgelse, og de tog langt tid. Og alle de data blev fuldstændig kasseret, da vi kort efter flyttede til Aarhus, hvor jeg så skulle igennem fuldstændig de samme undersøgelser som i Odense. Der havde lægerne overhovedet ikke snakket sammen. Og der kan man jo spare timer på det her. For alle. **Patient med demens***

Vigtig viden går tabt

Når data ikke deles, oplever patienterne, at essentiel viden om deres sygdomsforløb går tabt. Det handler om, at diagnoser, der er stillet på en afdeling, ikke overleveres, hvis patienten skifter til en afdeling i en anden region, eller at det ikke er muligt for en hospitalsafdeling at se diagnoser konstateret i almen praksis.

*Der er også noget omkring it-systemer, som jeg synes er utrolig vigtigt inden for det offentlige. Et eksempel er en af mine venner, der var så uheldig – en ung fyr under 50 år – han fik dårligt hjerte. Han fik faktisk hjertestop, mens han var i Aarhus. Han bor her i København. Men han fik hjertestop derover og blev indlagt og efter mange dage, kom han sig. Men samtidig skete der det, at han fik nyresvigt. Og det skete selvfølgelig, fordi han var meget kritisk syg. Han overlevede og blev så overflyttet til Sjælland, hvor man ikke lige kunne læse journalen og derfor ikke fandt ud af, at han havde nyresvigt. Så de kunne ikke forstå, at manden blev dårligere og dårligere. Så det var et virkelig godt eksempel på, at it-systemerne ikke snakker sammen. Det er vigtigt, at der enten kun er ét it-system, eller it-systemer, der taler sammen på tværs af Danmark. **Repræsentant fra Hjerteforeningen***

*Hvis jeg skulle have ét ønske til Strukturkommissionen, så er det første, som slår mig, at it-systemerne taler sammen, så der er sammenhæng. Når man går hos sin praktiserende læge; at de så også ved, hvad det er for et forløb, jeg har haft på sygehuset. At når du kommer ind og skal have lavet en knæoperation på en ortopædkirurgisk afdeling; at de så også kan trække noget erfaring over fra diabetes afdelingen, så du som diabetespatient ikke ender med syreforgiftning, så man ligger derhjemme og er ved at dø. **Patient med diabetes***

Hvis demensdiagnose ikke fremgår af journalen

En pointe særligt knyttet til patienter med demens er, at nogle patienter havner i den situation, at de sidder alene til en konsultation på hospitalet – uden en pårørende/bisidder – og modtager svære beskeder. Dette er dels en udfordring for patienten pga. dennes hukommelsesproblemer, dels for eventuelle pårørende, der ikke har haft mulighed for at deltage i konsultationen og lytte med. En repræsentant fra Alzheimerforeningen fortæller, at dette er en situation, som flere patienter med demens har siddet i, fordi deres demensdiagnose ikke har fremgået af journalen, og sundhedspersonalet dermed ikke har kunnet vide, at der måske skal inviteres en pårørende/bisidder med.

6. Lige mulighed for hjælp og støtte **uanset geografi**

Patienterne og de pårørende har flere eksempler på, at deres bopælskommune er afgørende for, hvilke støttetilbud de kan få, og bruger betegnelsen 'postnummerlotteri' om den tilfældighed og dermed ulighed, de oplever, der er i de kommunale og regionale tilbud på tværs af landet. Uligheden forklares med forskellige fortolkninger af Sundheds- og Serviceloven samt varierende specialistkompetencer hos fagpersoner.

KAN og SKAL opgaver i kommuner

En pointe, som en række af patienternes oplevelser og refleksioner kredser om, knytter sig til lovgivningen og handler om, at der er stor forskel på, hvordan såkaldte 'kan' og 'skal' opgaver fortolkes i de enkelte kommuner. Det er med til at skabe en geografisk ulighed i den hjælp og støtte, patienterne bliver tilbudt:

*På demensområdet er det sådan, at der er nogle KAN-opgaver og nogle SKAL-opgaver. Der er meget få SKAL-opgaver i kommunen. Og kommunerne fortolker lovgivningen, som den er nu, meget forskelligt. (...) Og det gør, at tilbuddene [til patienter med demens] kan være forskellige fra kommune til kommune: Nogle har fine tilbud i det tidlige forløb, fx en demenskoordinator. Mange kommuner har fysiske og kognitive træningsmuligheder, som er gode for at holde sig selv i gang. Men mange kommuner har ikke tilbud, som særligt ynge mennesker med demens kan spejle sig i. Så er det op til familierne selv at finde fagligt relevante tilbud. **Repræsentant fra Alzheimerforeningen***

*Jeg ved ikke, om man kan gøre noget ved [postnummerlotteriet] uden at kigge på det her med, at der er 98 kommuner, der skal have lov til at gøre det på hver deres måde. **Tidligere patient i psykiatrien***

Behandlingsredskab eller hjælpemiddel

I Serviceloven og Sundhedsloven sondres mellem, om et produkt (fx redskab eller apparat) er et 'hjælpemiddel' eller et 'behandlingsredskab'. Patienterne fortæller, at det har store konsekvenser for dem, da det afgør, om de kan få bevilliget hjælpemidlet/behandlingsredskabet eller ej. En anden udfordring er, om hjælpemidlet/behandlingsredskabet tildeles varigt eller midlertidigt:

Jeg har en insulinpumpe, som jeg SKAL have. Det er ligesom det, der holder mig i gang. Men regionalt og kommunalt differentierer man imellem, om det er et "hjælpemiddel" eller "et behandlingsredskab". Og det giver enormt mange problemer, ikke bare for mig, men for alle diabetikere. Vi kalder det postnummer-lotteri; det er fuldstændig tilfældigt, hvor i landet du kan få tildelt teknologi.

Hvis jeg flyttede kommune i morgen, er det ikke sikkert, at jeg kan tage mine hjælpemidler med.

Patient med diabetes

Én ting er, at der er geografisk ulighed, så der er mange, der flytter hen til de kommuner, hvor de ved, at de måske kan få tildelt det behandlingsredskab. Men så får man det måske også kun tildelt i begrænset tid, dvs. man får det i et år. I mit tilfælde, så er det jo blodsukker, så hvis jeg nu kom og sagde: "Jeg har fået et rigtig godt langtidsblodsukker". Så ville de sige, at "nu er det for godt til, at du kan få behandlingsredskabet igen". Så man har hele tiden det her med, at måske har man det godkendt i et par måneder eller et år. Jeg har selv prøvet et år. Og så giver man op, for man gider ikke søge de her bevillinger igen.

Patient med diabetes

Patienterne fortæller også, at hjælpemidler/behandlingsredskaber, som de er blevet oplært i at bruge på hospitalet, ikke nødvendigvis er de samme, de kan få, når de kommer hjem fra hospitalet og hjem til deres egen kommune. Det skaber utryghed at skulle tilvænne sig til et andet hjælpemiddel, blot fordi det nu er kommunen, der skal betale.

Ulighed i fagpersonernes kompetencer

En pårørende til en ægtefælle med demens fortæller om sin mands sygdomsforløb i henholdsvis psykiatrien og den kommunale ældrepleje. Hendes oplevelse er, at hendes mands særlige behov som et menneske med demens hverken blev mødt i psykiatrien eller den kommunale ældrepleje, da ingen af stederne havde særligt fokus på demenspleje, og hun savner derfor kompetenceopbygning på området. I forløbet har hun mødt demenskonsulenter i kommunalt regi med meget varierende specialkompetencer og efterspørger mere ensartethed i fagpersonernes kompetencer:

*Det er vigtigt med noget mere ensartethed i de tilbud, man får, men også i kompetencerne hos de fagpersoner, man møder. (...) Ældrepleje er ikke det samme som demenspleje. (...) Min erfaring er, at det er meget, meget forskelligt, om kompetencerne er der [hos fagpersoner i forløbet]. (...) Der kunne man have mere fokus på ensartethed, sådan så "demenskonsulent" bliver en certificeret uddannelse, der er ens i alle kommuner, så man kun kan blive demenskonsulent, hvis man har en vis viden og kendskab. **Pårørende***

7. Øget fokus på det mentale aspekt af det at leve med sygdom

Patienterne oplever, at der på hospitalet er et stort fokus på den faglige behandling af deres sygdom, men at der mangler et fokus på de mentale aspekter ved fysisk sygdom.

Støtte til min mentale sundhed

En central pointe fra patienterne er, at det er vigtigt, at der i højere grad er fokus på 'det hele menneske' og ikke kun (somatisk) behandling. Det handler om, at patienterne efterlyser, at der er nogle, der griber dem efter en indlæggelse og hjælper dem med at komme videre mentalt. Det gælder især for de patienter, der har en livstruende sygdom. Konkret efterlyser patienterne et øget fokus på den mentale slagside og indsats, der er målrettet de psykiske reaktioner efter alvorlig sygdom. En af patienterne bruger metaforen "automekaniker" om det fagligt kompetente sundhedspersonale, der har fokus på patientens fysik og behandling - og metaforen "en præst" om den person, nogle patienter savner at kunne tale med om bekymringer og det, der er svært i et liv med sygdom:

Der er brug for en person, der både er automekaniker og præst. Og automekanikeren er på sin plads og fungerer fint. Og så er der så præsten, og der kniber det voldsomt og er meget forskelligt fra kommune til kommune og fra patientforening til patientforening. Så det er der, kræfterne skal lægges, først og fremmest. Patient med demens

Behov for at tale med andre i samme situation

Et forslag lyder, at det kan være andre patienter, der har stået i en lignende situation, som kan hjælpe dem videre psykisk. Nogle vil gerne tale med ligesindede, der kan støtte dem i de ting, der ikke er relateret til deres behandling. Det er vigtigt for at give tro og håb for fremtiden.

I mit eget tilfælde var det en blodprop, det sagde BANG, og jeg var ved at dø. (...) Vi er rigtig gode på hjerteområdet, så der går få dage til en uge, så bliver du udskrevet og "værsgo at komme hjem". Og så sidder du der... Jeg har jo brug for at snakke med nogen. (...) Jeg kan selvfølgelig snakke lidt med min sygeplejerske, når jeg er til kontrol på sygehuset, men de er mere fagligt funderede (...). Så der er et kæmpestort behov – eller der var hos mig – for at komme videre mentalt. (...) Og jeg vil påstå, at det kunne spare samfundet for utrolig mange, lange psykologforløb og alt mulig andet, hvis man greb folk [ved udskrivelsen] og sagde: "Nu skal du høre; når du kommer herfra, så har du den og den mulighed".

Patient med hjertesygdom

8. Støtte til pårørendes mange roller og opgaver

De pårørende fortæller om deres mange roller og opgaver som pårørende, og hvordan de både er en ressource, men også selv er belastet af den situation, de står i.

Pårørende har mange opgaver og roller - og nogle savner støtte

De pårørende påtager sig, af lyst, pligt eller nødvendighed, mange forskellige roller og opgaver igennem et patientforløb, og i deres fortællinger er der flere eksempler på de forskellige roller og opgaver. Ét af eksemplerne kommer fra en pårørende, hvis mand fik Alzheimer, og sammen var de forældre til tre hjemmeboende børn. Hun fortæller om, hvordan hun "blev gjort uarbejdsdygtig, fordi hun skulle tage sig af sin mand". Det indebar blandt andet, at hun har måtte sætte sig ind i muligheder for støttetilbud til hendes mand, hvor fagpersonalet har særlig viden om mennesker med demens. Hun har måtte "udfordre kommunen" på deres fortolkning af Serviceloven for efter måneders dialog at blive tildelt hjælpere hjemme. Da de fik tildelt hjælpere hjemme, har hun selv stået for ansættelse og oplæring af hjælperne.

*Jeg var både den, der ansatte. Jeg skulle lave vagtplaner. Og jeg var den, der lå i ægteseng med min mand. Tog selv 1/3 af vagterne. Havde ham alle nætter. Og havde ikke nogen supervision. Der var ingen kompetencer til at støtte op. **Pårørende***

Eksemplet på pårørende med mange opgaver og roller er ikke alene. En anden pårørende - hustru til en mand med Parkinson – fortæller ligeledes om, hvordan hun har stået ved sin mands side gennem hele forløbet og fx deltaget i konsultationer, lyttet, orienteret om, osv. og været medindlagt – hun har også været *tovholder* i hans forløb og fx koordineret og rykket for undersøgelser, taget sig af en række *plejeopgaver* og meget andet. Hun bruger metaforen "ildslukker" og "rottweiler" om sig selv som pårørende, der er "på vagt" og reagerer, når hun oplever, at sundhedsvæsenet svigter. Og spørger:

Hvad gør alle dem, der ikke har en pårørende, der er rottweiler?

Jeg har som pårørende ikke haft noget liv i tre år.

Jeg har været ildslukker.

Pårørende

8. Støtte til pårørendes mange roller og opgaver

De pårørende – og patienterne - efterlyser hjælp og støtte til den ofte svære rolle og situation, som de pårørende står i. Det kan, som allerede nævnt, være hel konkret hjælp til tovholderrollen, hjælp i hjemmet osv., men det kan også være til den pårørendes egen fysiske og psykiske trivsel. Som konkret eksempel nævnes også familier med børn, hvor en af forældrene rammes af sygdom: Her er børnene også pårørende og kan have behov for støtte.

Nogle pårørende ser muligheder for mere pårørendesamarbejde

Nogle pårørende ser potentialer i, at sundhedsvæsenet i højere grad indtænker pårørende som en ressource under hele patientforløbet, fx som en kilde til information om patienten i starten af et forløb, eller ser på hvilken rolle pårørende kan spille i et efterforløb (fx efter en udskrivelse).

*Jeg tror, at systemet skal indtænke pårønderollen på en helt anden måde end i dag. I dag har du en person med til at lytte, i fald du glemmer et eller andet, men der er masser af andre eksempler, hvor den pårørende virkelig kan være en ressource for systemet. **Pårørende***

Vi skal have mere fokus på de pårørende. I stedet for bare at have dem som advokat eller rottweiler, eller at de skal være dem, der skal sørge for at være koordinator for alle behandlingsinstanserne. Man skal passe på pårønderelationen. Det er den, man ikke kan undvære, når man er syg.

Tidligere patient i psykiatrien

Bilag 13:

Borgere og pårørendes oplevelse af mødet med sundhedsvæsenet: udfordringer samt ønsker til forandringer

Alexandra Brandt Ryborg Jønsson

Borgere og pårørendes oplevelse af mødet med sundhedsvæsenet: udfordringer samt ønsker til forandringer

Alexandra Brandt Ryborg Jønsson

Antropolog, ph.d., Lektor i Sundhed og Samfund

Institut for Mennesker og Teknologi, Roskilde Universitet

Februar 2024

Introduktion

Størstedelen af danskerne er grundlæggende tilfredse med og har høj tillid til sundhedsvæsenet (1). En stigende social ulighed i sundhed og et stadigt større pres på sundhedsvæsenets ressourcer gør det dog nødvendigt at se nærmere på patienter og borgeres forventninger og erfaringer, når fremtidens sundhedsvæsen planlægges. Her er der to forskellige vinkler; de forebyggende indsatser for den primært raske borger og diagnostik, behandling, pleje, rehabilitering og palliation af patienter med kronisk eller akut alvorlig sygdom.

Rapporten her sætter fokus på tre patientgrupper, der er på den ene eller den anden måde er særligt komplekse; *patienter med multisygdom, patienter med samtidig psykisk og fysisk sygdom og den ældre medicinske patient*. I rapportens afsnit inddrages ligeledes viden om pårørendes oplevelser og forventninger i mødet med sundhedsvæsenet. Desuden beskrives sundhedskulturen, som præger den måde *ikke kronisk syge borgere* tilgår og tænker om sundhedsvæsenets ydelser og derved den mere generelle oplevelse af sundhedsvæsenet.

Rapporten bygger på et udvalg af fortrinsvis kvalitativ forskning om danskernes møde med sundhedsvæsenet, her gengives og samles derfor pointer med reference til allerede udgivne publikationer. Desuden inddrages empiriske eksempler fra forfatterens egen forskning, som endnu er upublicerede, detaljer om disse studier findes i henvisningerne.

Patienter, der kan have særlige udfordringer i mødet med sundhedsvæsenet

Flere studier har vist, at det kan være udfordrende for patienter at navigere i sundhedsvæsenets behandlinger og forstå den information, som bliver givet undervejs (2-6). Når vi samtidig ser på tallene for ulighed i sundhed, så er der tre grupper af patienter, som bør have en særlig opmærksomhed; patienter med multisygdom, patienter med samtidig psykisk og fysisk sygdom og ældre medicinske patienter. Disse patientgrupper har statistisk højere sygelighed og dødelighed end deres jævnaldrende i befolkningen og er samtidig udsat for komplicerede, fragmenterede behandlingsforløb, hvor det nuværende sundhedsvæsen mangler strukturer, kompetencer og evidens for den bedste behandling med mindst skade og færrest bivirkninger. Dette udfordres yderligere, når patienten ikke har tilstrækkelige sundhedskompetencer til at håndtere disse komplicerede forløb. Sundhedskompetencer forstås her som "evnen til at tilgå, forstå og handle på information om sundhed,

herunder at tage beslutning om sundhed og navigere i sundhedsvæsenet" (7). Sundhedskompetencer er ikke de eneste ressourcer, en patient kan trække på (2-4), og patienters sundhedskompetencer varierer både mellem individer og afhængigt af tid og sted.

I det følgende introduceres de tre patientgrupper, der især kan have udfordringer i mødet med sundhedsvæsenet. Det er vigtigt at understrege, at disse patientgrupper er heterogene, og enhver patient har sin unikke livssituation, hvori sygdom forstås og tilgås, hvilket betyder, at al diagnostik, behandling, pleje, rehabilitering og palliation så vidt muligt skal foregå i et patientcenteret paradigme. Alligevel er der nogle fællestræk, som kan være vejledende i, hvilke udfordringer sundhedsvæsenet bør fokusere på fremadrettet:

Patienter med multisygdom

WHO definerer multisygdom som tilstedeværelsen af to eller flere kroniske eller langvarige behandlingsskrævende sygdomme eller tilstande. Selvom denne definition er den mest dominerende i både forskningslitteraturen og i praksis, så siger den ikke noget om sværhedsgraden af multisygdom, det vil sige hvor stor en belastning sygdoms- og behandlingsbyrden er. Og det viser forskning fra Danmark, at der faktisk er grund til at skelne til (8). Er man fx diagnosticeret med og i aktiv behandling for forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol, så er man ifølge WHOs definition multisyg, men udfordringerne med at følge behandlingsregimer, møde til undersøgelse og tilpasse hverdagslivet er meget anderledes end hos en patient, som fx er diagnosticeret med og i aktiv behandling for Parkinsons sygdom og type 2 diabetes. Diagnosernes forskellighed understreger den kompleksitet, som den enkelte oplever i forhold til at håndtere både sygdom og egenomsorg (4, 9, 10), ikke mindst forskelle i sygdoms- og behandlingsbyrde (9), selvrapporteret livskvalitet (25) og oplevelsen af ulighed i sundhed (24). Patienter med multisygdom oplever, at det er problematisk, at behandlinger og kontrolkonsultationer ligger spredt forskellige steder i sundhedsvæsenet, og at disse er svære at tilpasse i et hverdagsliv (3-4, 10-11).

Patienter med samtidig psykisk og fysisk sygdom

En af de grupper, som er mest udsatte for ulighed i sundhed, er patienter med alvorlige psykiske lidelser. Her er der en forventet levetid som er mellem 10 og 20 år kortere sammenlignet med befolkningen uden psykisk sygdom (12). En del af denne overdødelighed skyldes ulykker, selvmord og misbrug, men den største overdødelighed kan tilskrives ubehandlet fysisk sygdom, særligt inden for hjerte-kar området. Her ligger noget af årsagen måske i mødet med sundhedsvæsenet fx i form af overshadowing (*her: når patientens fysiske symptomer tolkes som udtryk for den psykiatriske sygdom*), oplevelser af stigma på grund af dobbeltdiagnoser (*psykisk sygdom og skadeligt forbrug af alkohol og/eller narkotika*), i manglende inddragelse af patientens prioriteringer af hvilke udfordringer vedkommende kan fokusere sine kræfter på eller i manglen på sammenhæng mellem de forskellige sektorer og specialer (13,14).

Patienter med alvorlige psykiske lidelser kan være velbehandlede og have et velfungerende hverdagsliv, men kan stadig opleve overshadowing, stigma og manglende inddragelse. Andre patienter har sociale og økonomiske problemstillinger, og nogle, især retspsykiatriske patienter og patienter med dobbeltdiagnoser, er i risiko for social udsathed.

Den ældre medicinske patient

Gruppen af ældre danskere er voksende, og det betyder, at vi har flere mennesker over 80 år end nogensinde før, tillige med en større etnisk mangfoldighed (15). Med stigende levealder følger også sygdomme, der grundet den biomedicinske udvikling ikke længere er dødelige, men kan behandles og leves med. Derfor har mange ældre også et stigende antal sygdomme, men særligt udfordrende bliver det når disse patienter også har et nedsat funktionsniveau og behov for hjælp og støtte til pleje og daglige gøremål. Det er denne gruppe af patienter med nedsat kognitivt eller fysisk funktionsniveau og samtidige kroniske sygdomme, som her refereres til som 'den ældre medicinske patient' (16).

Del 1: Oplevelser og udfordringer i mødet med sundhedsvæsenet

For patienter er der en række udfordringer i mødet med sundhedsvæsenet. Her gennemgås nogle af dem, som relaterer sig til organiseringen af sundhedsvæsenet.

Silotænkning udfordrer sammenhæng og giver patienten ansvar for overblik

En del udfordringer relaterer sig til sundhedsvæsenets opdeling i sektorer og specialer med hver deres specifikke formål. Dette fremkalder hvad der er beskrevet som en '**silotænkning**' (17), hvor patienterne oplever, at der ikke er nogen, som har et overblik eller et samlet ansvar. Patienten Søren, der er 58 år og multisyg, fortæller:

"Jeg skal selv gøre opmærksom på alt, skal selv orientere dem [sundhedspersonale] og skal selv koordinere. Ingenting sker, hvis man ikke selv gør opmærksom på det." (4, s. 88)

I kvalitative studier fortæller flere patienter samme historie om, at hvis de ikke selv sørger for at holde styr på eget forløb, reagere ved manglende indkaldelser eller gør opmærksom på, at de har flere sygdomme, så risikerer de at miste behandling, komme bag i behandlingskøen eller at modsatrettede behandlingsanbefalinger ikke tages med i overvejelserne (2, 4, 11). Det **manglende overblik** skaber utryghed og sommetider misforståelser, ikke mindst blandt dem, som har særligt behov for støtte. Denne usikkerhed forstærkes, hvis patienten ikke ved, hvem de kan kontakte for at få hjælp til overblikket eller bivirkninger. Det gælder fx i områder med lægemangel, som en 79-årig mandlig patient bosiddende på Lolland beskriver det:

"Vores gamle læge gik på pension for et par år siden, og de kunne ikke finde en ny. Så nu er der en ny læge hver gang, og de aner ikke, hvem man er, eller hvad ens historie er. Så der er ikke noget hjælp at hente" (3, upublicerede data)

Det kan også være praktisk udfordrende, når undersøgelser og behandlinger ikke samtænkes, som en 38-årig kvindelig patient med multisygdom fortæller:

"Det, der irriterer mig mest, er al den tid, man bruger på hospitalet: så skal der gives en injektion, der skal tages en blodprøve, man skal have en scanning. Og det er aldrig lagt samtidigt. Og det tager lang tid for hver læge, man kan nemt regne med at skulle vente en time. Og når man så ved, at man skal have målt sit kalcium i morgen, hvorfor ikke bare gøre det med det samme, så man ikke behøver at komme ind igen? Hjemmekalenderen skal også passes ik?" (2, s. 277, originalt citat på dansk)

Polyfarmaci – at tage mange forskellige slags medicin samtidig – er også et problem for multisyge med risiko for interaktioner og bivirkninger ved de forskellige kombinationer af medicin. En patient udtrykte det således i et fokusgruppe interview, at 'hjerne-Jens' ikke ved hvad 'lunge-Hans' laver. Patienten brugte udtrykket til at forklare en situation, hvor hjertelægen havde udskrevet medicin uden at tage hensyn til patientens lungesygdom, hvorefter patienten næste gang hos lungelægen blev gjort opmærksom på, at den pågældende medicin gjorde, at lungemedicinen ikke længere virkede. Til den historie kommenterede en anden patient: "lige præcis, hvem skal man så tro på?" (18). For én patient blev dette løst ved, at denne fik en tid hos sin praktiserende læge, der med telefonisk assistance fra en farmakolog, fik skabt et overblik over de forskellige medicinske behandlinger, og sammen med patienten valgte at stoppe to overflødige behandlinger (21). Dette kræver dog både tid og et system, der giver let kontakt mellem praktiserende læge og farmakolog, og i tilfælde med psykofarmaka også kontakt til den behandlingsansvarlige psykiater. Samtidig kan det være svært for patienter at

forstå de medicinske og diagnostiske regimer, som ligger bag afmedicinering, og det kan derfor føles skræmmende eller ligefrem farligt at skulle stoppe med at tage medicinske præparater. I sådanne tilfælde kræver det **længere konsultationer** at nå til en fælles beslutning med patienten (21).

I et par af studierne (2,3), var nogle patienter med multisygdom tilknyttet en såkaldt multisygdomsklinik, der som en modvægt til den siloopdelte behandling har samlet alle relevante specialister, der så i løbet af en dag ser på patientens samlede sygdomsbillede og gennemgår de forskellige behandlinger. Patienterne oplevede det umiddelbart som noget meget positivt, men blev skuffede, da de forstod, at det var et engangstilbud (18). Der viste sig i løbet af par måneder nye udfordringer eller spørgsmål, og der var patienten tilbage i siloopdelingen. Desuden sagde et par af patienterne, at de manglede **kontinuitet**, som 73-årige Inge fortæller:

"Det er jo begrænset, hvor meget de [multisygdomsklinikken] kan nå at lære mig at kende, og der er meget af ens historie, som de heller ikke kender, så vil jeg faktisk hellere gå oppe hos Susanne [sygeplejerske hos praktiserende læge] selvom hun selvfølgelig ikke ved lige så meget. Men så ringer hun bare [kontakter relevante specialister]" (18)

Selvom ordet 'kontinuitet' sjældent bruges af patienterne, er vigtigheden af sammenhæng, kendskab til ens sygdomshistorie og sociale situation noget, som patienter fremhæver som vigtigt (40).

En anden silo-problematik er opsplitningen mellem psykiatri og somatik, hvilket kan være en af årsagerne til mulig **underdiagnostik og underbehandling** af fysiske sygdomme, som patienter med psykiske lidelser er i risiko for. Et litteraturstudie viser, at denne patientgruppe oplever dårligere kvalitet og resultat af behandlingerne (19,20). En forklaring kan være udeblivelse fra udredning og behandling (14), men det er mere komplekst end en manglende lyst eller motivation. En kvindelige 41-årig patient med en skizofreni lidelse, diabetes og en hudlidelse fortæller:

"Jeg kom ikke sidste gang, fordi jeg ikke magtede det, jeg slås rigtig meget med kommunen lige nu om mine børn. Og så er det altså vigtigst, at jeg har det godt mentalt, end at jeg har det godt med sukkersyge" (21)

For den ældre medicinske patient skaber **manglende koordinering** risiko for fx at blive udskrevet fra sygehuset, uden at der er fastlagt aftaler eller koordineret med egen læge og kommunale indsatser, herunder hjemmeplejen. Fx kan det at blive udskrevet fra hospital til eget hjem være forbundet med usikkerhed, en følelse af isolation, afhængighed og frygt for nedsat funktionsniveau (26):

"Tingene var ikke organiserede: de der udskrivningsformaliteter, hvor alt bare skulle køre som smurt, når jeg kom hjem, de virkede slet ikke. Der skulle komme en fra kommunen klokken 10, men der kom hverken nogen klokken 10 eller 11. Så jeg sad bare der og tænkte, hvad sker der mon nu? Du ved, skulle pakke ud? Det var rædsomt. Så midt om eftermiddagen kom der en og sagde, at hun var der for at handle ind for mig" 92-årig kvinde (26, s.426, min oversættelse)

Desuden kan den manglende koordinering skabe utryghed eller overse vigtig behandling, som en pårørende fortæller efter hendes forløb med sin mand. De oplevede ved to lejligheder, at der ikke blev indkaldt til opfølgende konsultation eller rehabiliteringsforløb og måtte derfor selv tage kontakt og rykke for en tid. Som det fremhæves af den pårørende, så kræver det en overskud, og det er langt fra alle, som har mulighed for at kunne have det overblik og være aktive og opsøgende. I dette tilfælde lider manden af demens og var derfor helt afhængig af at have en pårørende hos sig. Mange patienter påpeger, at det er problematisk, ikke mindst hvis man enten ikke har kontakt til pårørende, eller hvis de pårørende selv er udfordret af fx sygdom.

Heller ikke 'det nære sundhedsvæsen' er en term, som patienter bruger, men som det fremgår af dette afsnit, så er kontinuitet, overblik og koordinering noget, især patienter med komplekse problemstillinger, efterspørger (40). Her er det også vigtigt med de rent praktiske foranstaltninger som rejsetid, ventetid, ventelister og

aflysninger. Det er nemlig afgørende for, at patienterne kan tilpasse deres behandlinger til deres hverdagsliv, en pointe som uddybes i det næste afsnit.

Vil ses og høres som et helt menneske

Når sygdom rammer, er det vigtigste for patienterne, at de har let og lige adgang til den bedst mulige behandling. Men når det er sagt, så er et liv som patient ofte lig med mange kontakter til sundhedsvæsenet, og det i en sådan grad, at det for nogen kan have negativ indflydelse på **hverdagslivet**. Derfor ønsker mange patienter også, at de har så lidt muligt kontakt til sundhedsvæsenet i den forstand, at behandlinger samles, så man ikke skal bruge unødvendig tid på transport og ventetid. Ligesådan har flere et ønske om, at behandlinger kan foregå med så lidt indgriben i hverdagslivet som muligt, fx digitalt eller via patientstyrede kontroller. Hvornår og hvordan uddybes senere.

Først til noget af det som fylder rigtig meget hos alle de tre patientgrupper: **behandlingsbyrden**, altså kontroller, konsultationer, egenomsorg, medicin og praktikaliteter forbundet med behandlingerne. Forskning viser, at både sygdomsbyrden og behandlingsbyrden akkumulerer ved multisygdom (9) og for multisyge er det især de hyppige kontroller forskellige steder i sundhedsvæsenet, som italesættes som problematiske. Det betyder, at arbejdsliv og familieliv påvirkes, og for nogle bruges overskuddet og energien på behandlingerne, så det sociale liv og hverdagsaktiviteterne må vige (2-4). Hverdagen er ikke kun mulighed for at pleje sociale relationer og opretholde sin sociale identitet, men også praktiske foranstaltninger som at samle behandlinger og undersøgelser, så patienterne skal færre gange afsted. Praktiske udfordringer med mange forskellige aftaler i sundhedsvæsenet kan sågar udfordre ens tilknytning til arbejdsmarkedet (2, 10). En patient med multisygdom, som er i arbejde forklarer:

"Jeg er tit på sygehuset eller hos min læge, for der bliver jo ikke lige tænkt på at klare flere ting samme dag. Det er ligesom om de føler, at 'ja, ja, I er jo syge, og så har I tid nok'. Men jeg har rigeligt at se til, og jeg får ikke sygedagpenge eller noget, så det koster mig at sidde der og vente" (41, s. 49)

Når sundhedsvæsenet bliver en del af hverdagslivet, kommer et gentaget ønske om at blive **"set og hørt som et helt menneske"**. Idiomet kan dække over forskellige forståelser, men i interview med patienter er det gennemgående, at der skal tages hensyn til ovenstående balance mellem værdier, præferencer, livsomstændighed og behandlinger. En 62-årig kvindelig patient fortæller:

"Jeg skulle ud og rejse, og så blev jeg nødt til at aflyse min tid hos lægen, og det generer mig virkelig, fordi jeg ved, at så skal jeg vente 6 måneder med at få en ny tid. Men jeg bliver også skuffet, hvis jeg må aflyse rejsen. Og rejsen, det er jo nu og her ikke" (10, s. 4, originalt citat på dansk)

Patienten Søren på 58 år, er skilt og lever alene med den yngste af sine to børn boende hos sig cirka hver anden uge. Søren har adskillige diagnoser, dårlige knæ og har derfor besvær med at bevæge sig. Han har et omfattende medicinbrug og tager 10-12 forskellige præparater hver dag. Søren har smerter næsten konstant, han sover dårligt og føler sig ofte ukoncentreret og træt. Søren fortæller, at det er blevet sværere at klare sig i hverdagen, efter at han i forbindelse med sin nylige skilsmisse også har fået angstanfald og en depression (citeret direkte fra 4, s. 89). Han fortæller:

"Jeg vil jo helst klare mig selv, og jeg arbejder hele tiden på at kunne klare mig selv så meget som muligt og få så lidt hjælp som muligt. Det irriterer mig med al den kontakt med sundhedsvæsenet, og det betyder for eksempel, at jeg tit ikke har mulighed for at tage mig af min datter, eller at jeg simpelthen ikke kan lave andet end at være syg" (4, s. 89)

Også i mødet med de sundhedsprofessionelle ønsker patienter at blive set og hørt. Det kan være i tilrettelæggelsen af behandlingerne som nævnt tidligere, men det kan også være i den daglige kontakt. Her fortæller en

45-årig mand i genoptræningsforløb efter en blodprop:

"Det er vigtigt at have nogen, som kan lytte, og det er ikke så tit...Det er sjældent, at jeg oplever, at sygeplejerskerne har tid til at sætte sig ned og tale med mig...Det er mere fysioterapeuten, som har tid til at sætte sig ned og spørge, hvordan det går" (28, s. 399, min oversættelse)

Mange patienter italesætter, at sundhedsvæsenet er presset og at de sundhedsprofessionelle har travlt. Det ses også som forklaring i citatet ovenfor, hvor patienten har en opfattelse af, at sygeplejersken ikke har **tid** til at tale med ham om andet end det rent sygdomsrelaterede. I den forbindelse nævnes det af mange patienter, at de føler sig som 'et nummer' eller 'en diagnose'. En patient siger "**jeg synes de skal behandle mig og ikke min sygdom**"(21), underforstået, at det er hans sygdom, som er centrum for behandlingen, men han ønsker hele sin person og livssituation taget i betragtning.

Patienter med psykiske lidelser kan også opleve det svært at blive set og hørt i mødet med sundhedsprofessionelle. En patient har gentagne gange været hos egen læge med bylder og hududslæt, men afvises, da lægen mener, at det skyldes dårlig personlig hygiejne. Patienten fortæller: "det eneste de ser, er min psykiske sygdom" (28). Patienten skifter læge og får efterfølgende konstateret hidrosadenitis (hudlidelse). Nogle patienter føler, at de først bliver taget alvorligt af lægen, når der foretages en fysisk undersøgelse (29), og oplevelsen af stigmatisering kan intensivere følelsen af ikke at blive set og hørt som et helt menneske, hvilket udtrykkes senere.

Hjemme eller hospital?

De patienter, som har mulighed for det, vil gerne være i eget hjem, og i de tilfælde, hvor det er relevant og den fornødne støtte findes, er der også ønsket om, at behandlingen kan foregå i eget hjem. Det gælder særligt for yngre patienter med multisygdom, som ofte har god compliance, og som ønsker at sygdommene har mindst mulig indflydelse på hverdagslivet (2, 10). For andre patienter, fx den ældre medicinske patient, som er udskrevet fra hospitalet til en midlertidig plejeplads, indtil hun kan klare sig hjemme, kan den mindskede kontakt til sundhedsvæsenet skabe utryghed:

Hjemmebesøget var frygtet og blev oplevet som en form for test for, hvornår man kunne udskrives: "*Jeg er bange for at komme hjem. Jeg ville have foretrukket, hvis de beholdt mig lidt længere, så jeg ville være mere klar end jeg er nu*" [87-årig kvinde]. Selv patienter, som så frem til at blive udskrevet, var bekymrede for, om de kunne klare overgangen til eget hjem. (30, s. 581, min oversættelse)

Patienter vil altså som **udgangspunkt være i eget hjem**, men oplever det også **trykt at være indlagt** eller på aflastningspladser, hvor der er sundhedsprofessionelle til stede. Når der er tale om et mere permanent ophold, fx på bosteder eller plejehjem, ændres dette dog en smule. Her kan der blive skabt en **institutionalisering** af hjemmet, hvilket kan gå på kompromis med patienten/borgerens egne præferencer og værdier. For eksempel kan forventninger til beboere på psykiatriske bosteder med fokus på recovery, skygge for beboerens måde at navigere og håndtere sin livssituation på (31), og på plejehjem er det fx vigtigt, at personalet skaber en hjemlig stemning omkring måltiderne, så de ældre ikke mister appetitten eller lysten til at spise (32).

Selvbestemmelse og medbestemmelse

I en dansk kulturel kontekst er selvbestemmelse en af kerneværdierne i et voksenliv. Med andre ord er dét at kunne handle **selvstændigt og træffe beslutninger på egne vegne** noget af det vigtigste i skabelsen af det voksne selv. Derfor kan det også være forbundet med skam og modvilje, hvis der træffes beslutninger om en uden en selv, enten fordi man er kognitivt udfordret, eller fordi man slet og ret ikke inddrages. Nogle patienter beretter, at de føler, de bliver 'behandlet som et barn', og det skal netop forstås som, at den voksnes selvbestemmelse tages fra dem, og der handles på vegne af dem. Derved kan man også føle, at man taber en del af sin

værdighed, når man bliver afhængig af hjælp fra andre, som det fx opleves af en 38-årig mandlig patient med multisygdom:

"Det, der generer mig mest, er, at jeg ikke vil være en byrde for nogen. Jeg vil ikke være til besvær. Ingen skal tage særlige hensyn til mig. Det er svært at acceptere" (10, s. 4 originalt citat på dansk)

Patienter vil altså gerne have selvbestemmelse over eget liv, men ikke nødvendigvis i sundhedsvæsenet, for der er den professionelle viden en nødvendig sparringspartner. Vi kan i stedet kalde det **medbestemmelse**. Nogle patienter vil gerne inddrages i beslutninger, andre vil gerne have lægen eller sygeplejersken til at træffe beslutningen for dem (det er også selvbestemmelse, når det er ens eget valg). Men mange patienter vil tages med på råd om fx udskrivning, medicinvalg eller behov for støtte, også selvom personalet umiddelbart vurderer, at medbestemmelse ikke kan lade sig gøre. Ofte begrundet med, at nogle patienter vil have urealistiske ønsker til behandling og pleje eller ønsker, som ikke kan opfyldes, eller at patienten ikke har tilstrækkelige kognitive ressourcer. Det kan dog føles uværdigt for patienterne, hvis ikke de får tilbuddet om medbestemmelse i en eller anden grad (3).

Mens det kan være nemt at inddrage patienter i situationer, hvor der er to eller flere ligestillede valg, kompliceres medbestemmelsen, når der også er andre faktorer involveret. Et eksempel kan være, når en patient nærmer sig livets afslutning. Dette debatteres af fagfolk, som blandt andet plæderer for, at ældre mennesker, med kort forventet restlevetid, skal kunne vejledes kompetent i at **afslutte behandlinger** (33). Det kunne fx være for at kunne imødekomme ønsket om at dø hjemme eller på hospice. Her er samtalen om mulighed for eller fravalg af genoplivning også vigtig. Men et studie viser, at for eksempel i forhold til genoplivning af beboere på plejehjem, hvor beboeren ikke ønsker genoplivning, så kan pårørende eller organisatoriske forhold hindre beboerens ønske:

En beboer havde intet sprog, men viste med tydelige kropstegn til personalet, at vedkommende ikke ønskede genoplivning. Dette blev dog anfægtet af beboerens datter, som ikke mente beboeren var kognitivt i stand til at træffe den beslutning og som ikke ønskede at miste sin mor. Personalet endte med at følge datterens ønske, da der ikke var skriftligt tilsagn fra beboeren, og de frygtede en klagesag (34).

Ønsker om mindre medicin eller stoppe behandlinger kan således udfordres af pårørendes og sundhedsprofessionelles **ønsker, følelser, holdninger og frygt**. Det kræver også tid og koordinering af de sundhedsprofessionelle, hvilket er svært i en presset hverdag i sundhedsvæsenet. I et andet eksempel havde en ældre mand mange alvorlige sygdomme, men var bange for at dø. Han takkede derfor ja til en scanning af mavepulsåren, som vidste en udposning. Manden døde som forventet i løbet af et par måneder af kræft, men levede den sidste tid i skræk for, at pulsåren skulle sprænge, da han havde fået at vide, at han var for gammel og syg til at kunne blive opereret (3).

I sådanne tilfælde udfordres idealet om medbestemmelse, og det kræver **systematik og organisering** at inddrage patienterne, der medtænker de mulige barrierer fra personalet og pårørende i forhold til patienternes eget ønske. Ovenstående tilfælde viser også, at medbestemmelse ikke kun skal forholde sig til diskussioner om at stoppe behandling eller ej, men også til diskussioner om, hvilke undersøgelser og tests, som er meningsfulde i den specifikke situation.

Mødet med sundhedsvæsenet

Som indledningsvist antydet ovenfor, så har selve **relationen** mellem patient og sundhedsprofessionel også en betydning for, hvordan patienterne oplever sundhedsvæsenets organisering. Der er uden tvivl mange aspekter af patienters møde med sundhedsvæsenet, her er der fokuseret på organisatoriske udfordringer. En af disse er, at det for mange kan være svært at forstå, hvad sygeplejersken eller lægen siger (52). En undersøgelse af patienters forståelse af den **skriftlige information** i forbindelse med ret til hurtig udredning på hospitalerne

viser, at patienterne generelt forstår brevene fra hospitalet, men der kan være nogle udfordringer:

Eksempelvis nævnes ord som 'ultralyd' og 'EKG' eller ordet 'udredning' som fremmedord eller som 'sygehus-sprog', der kan skabe tvivl: "... er det kun første undersøgelse, eller dækker det også evt. efterfølgende undersøgelser? Eller behandling?" lyder det for eksempel. Samtidig giver respondenterne udtryk for, at sådanne ord nok kendes, hvis man tidligere har været til undersøgelser, eller at betydningen kan tolkes ud fra konteksten (34, s. 11)

Den store udfordring ligger dog i at identificere, hvornår patienterne ikke **forstår** sundhedsinformation, fordi det kan være svært at genkende selv. Man kan godt tro, at man forstår informationen, men alligevel tage fejl (3), eller man kan være usikker, men ikke have lyst til at udstille sin usikkerhed, fordi dette associeres til at man ikke er så godt begavet (24). Dette kan både være i skriftligt materiale og i dialogen med en sundhedsprofessionel (24).

Der forekommer også en række forskellige **navigeringsstrategier**, som handler om relationen til de sundhedsprofessionelle. Flere studier viser, at patienter har en opfattelse af, at særlige måder at agere eller fremstå på, fremkalder den **bedst mulige behandling** (24, 36), nogle patienter fremhæver fx deres faglige baggrund, andre deres villighed til at følge behandlingsregimer osv. (24). Et studie blandt ældre patienter, der modtager hjemmepleje, finder, at patienterne ikke vil udfordre relationen til plejepersonalet ved fx at brokke sig:

Til tider kunne det være svært at forhandle ens ønsker i en ansigt-til-ansigt situation med plejepersonalet, hvis man frygtede at sådanne diskussioner ville influere på forholdet til plejepersonalet eller måske endda resultere i en konflikt som ville være en yderligere faktor i det ældre menneskes underlegne position (39, s. 391, min oversættelse)

Men opfattelsen af at patienter helst skal opføre sig på en bestemt måde kan også være en **indlejret logik** i sundhedsvæsenet. Et studie af hvordan patienter med lungekræft, som kan opereres, italesætter deres sygdom, viser, at de forventes at være positive og rolige, fordi de har mulighed for at blive opereret (modsat andre typer/stadier af lungekræft):

En af effekterne er, at patienter med operabel lungekræft skal forblive positive, fordi dette er den kulturelt korrekte følelsesmæssige reaktion (36, s. 6, min oversættelse)

Der findes omvendt mange negative forventninger til patienter med **etnisk minoritetsbaggrund**. I sundhedsvæsenet og i sundhedsvæsenets diskurser positioneres patienter med etnisk minoritetsbaggrund som bærere af specifikke kulturelle traditioner, og er dermed i risiko for at blive diskrimineret på baggrund af negative stereotype forestillinger. Her bliver bestemt sundhedsadfærd associeret til og forklaret med 'ethnicitet' eller 'kultur' (37), og der er risiko for at overse eller fejltolke symptomer (38).

For patienter, der også har **sociale udfordringer**, kan negative oplevelser smitte af på mødet med sundhedsvæsenet. Selvom socialektoren og sundhedssektoren er adskilte, så kan det opleves som det samme system, når en patient bevæger sig mellem behandlinger på hospitalet, kontroller hos egen læge og jobprøvning og førtidspensionsansøgning i det kommunale regi. Nogle patienter giver også udtryk for, at de først og fremmest ønsker at prioritere deres hverdagsliv (40, 2-4, 10), og dette kan skifte over tid (40). Patienters og sundhedsprofessionelles opfattelser af, hvad der vil være adækvat og rettidig behandling, kan være modsatte (40), og her er det igen vigtigt at inddrage patientens **behov og præferencer** i en **individuel vurdering**.

Stigmatisering, marginalisering og oplevelsen af ulighed

Nogle patienter med psykisk lidelse oplever også, at deres symptomer på somatisk sygdom negligeres eller mistolkes som fx et udtryk for en vrangforestilling eller som bivirkning til patientens psykofarmaka (22).

Dette fænomen er kendt som '**overshadowing**' og kan også lede til at symptomer på alvorlig fysisk sygdom overses (13). Dette kan også lede til **stigmatisering**, altså et negativt kendetegn som personen associeres med i forskellige sociale sammenhænge, fx i mødet med sundhedsvæsenet. Patienter med dobbeltdiagnoser, altså samtidig psykiatrisk sygdom og misbrug af alkohol eller narkotika, oplever i særlig høj grad at være udsat for, eller føle, at de udsættes for stigmatisering i sundhedsvæsenet på grund af den generelle marginalisering i samfundet, som denne patientgruppe oplever. To patienter med dobbeltdiagnoser sætter ord på det:

"Jeg kan bare mærke, at de ikke kan lide mig. Der er ingen, der kan lide narkomaner"

"Lægerne og personalet vil gerne have, at vi stoler på dem. Men de tror jo ikke på os"

(begge citater fra 23, s. 161)

Følelsen af, at sundhedspersonalet tænker mindre om end på grund af forskellige sociale karakteristika, kan **svække tilknytningen og tiltroen til sundhedsvæsenet** og er også udbredt blandt patienter med kort uddannelsesbaggrund og lav indkomst (24). Det kan have den konsekvens, at patienter undlader at stille spørgsmål eller fx undlader at fortælle, hvis de er stoppet med medicin, fordi de frygter, at det vil få dem til at fremstå som dårlige patienter og derved få dårligere behandling. Det er især problematisk ved multisygdom, fordi der er mange behandlinger at holde styr på, og derved let kan opstå problematikker i forbindelse med polyfarmaci etc.

Generelt fortæller flere patienter om at føle sig som en '**andenrangsborger**', fordi det opleves som om, sundhedsvæsenet ikke er indrettet til at håndtere deres komplekse problemstillinger, og de derfor er til besvær (3, 24-25, 42). En sådan følelse af stigmatisering og diskrimination (42, s. 306) er ikke nødvendigvis et udtryk for en reel diskrimination, men skal forstås som en grundlæggende følelse af ikke at kunne bidrage til samfundet, at blive set ned på eller at være uden for fællesskabet. På trods af det subjektive i denne følelse, forværres den i mødet med et sundhedsvæsen, der ikke har **tid, rammer eller ressourcer** til at kunne håndtere mennesker med komplekse, ofte også sociale, problemstillinger.

Pårørende

Ikke alle patienter har pårørende, men de som er pårørende til patienter med multisygdom, patienter med samtidig psykisk og fysisk sygdom og ældre medicinske patienter, kan både være en **resource** og have **brug for støtte**. I nogle tilfælde oplever pårørende, at de ikke bliver hilst på, eller at deres henvendelser og observationer negligeres. En partner til en ældre patient med demens fortæller fx, hvordan patienten er faldet og har slået sig voldsomt, men personalet vurderer, at han ikke er i store smerter. Den pårørende byder ind og siger, at han ikke er i stand til at give udtryk for så store smerter på grund af demensen, men at hun kan se på ham, at han har smerter. Hun oplever, at dette først tages alvorligt, da hun er insisterende, men at et brud på ryggen alligevel overses. En anden pårørende fortalte om sin afdøde kone, der havde en bipolar lidelse, at de gentagne gange var hos lægen, fordi hun havde tabt sig meget og pludseligt, og han frygtede, at det var kræft. De blev afvist, fordi lægen mente, at dette måtte være relateret til hendes depressive tilstand. Hun døde af kræft, og den pårørende følte aldrig, at hans bekymring om vægttabet og kræft blev taget alvorligt (21).

Når pårørende er ressourcer, kan det også **udfordre relationen** mellem patienten og den pårørende. En 38-årig kvinde med multisygdom fortæller, hvordan hun på godt og ondt er blevet afhængig af sin mor og sin partner:

"For mig er det da vigtigt, at min mor altid gør rent hjemme ved mig. Det er helt fantastisk, at hun kan det, ikke også. Men det gør hun, for det kan jeg simpelthen ikke holde til. Og min mand, han tager sig af alt det med økonomi og sørger for, at der er penge til det, vi skal bruge penge til. Jeg kan da godt se, at hvis jeg lige pludselig var alene en dag og selv skulle til -, man er jo ikke millionær på flexløn, vel. Altså, hvor svært det kunne være, at få tingene til -. Man har nogle styrker, der bliver taget væk fra én" (18)

En anden patient, en 57-årig kvinde, fortæller, at hun oplever, at hendes familie ikke forstår eller respekterer hendes sygdom:

"Min datter synes det er latterligt, fordi hun har ikke nogen sygdomme selv, vel. Hun er en super-woman, som arbejder 80 timer om ugen (...) hun forstår ikke, hvorfor der er ting, som jeg ikke kan overkomme" (10, s. 4 originalt citat på dansk)

Der er også risiko for, at de pårørende kan negligere egen sygdom og kan have store plejeopgaver, som er 'usynlige' fx trøst, støtte til at komme ud af sengen om natten, afsavn i forhold til egne præferencer. En ægteemand til 58-årige Hanne med multisygdom uddyber:

"Det generer på den måde, at man hele tiden skal planlægge og hele tiden tænke fremad. Jeg kan jo ikke bare gå ud i haven nu, hvis det er godt vejr, når der er ting, Hanne skal hjælpes med først. Vi skal planlægge dagen efter, om Hanne skal noget med læge og den slags. Der er også flere ting, vi ikke længere kan gøre. Mine aktiviteter er blevet reduceret betragteligt de senere år, sådan er det blevet" (4, s. 92-93)

Endelig skal det nævnes, at patienter uden nære pårørende i stedet kan have et nært forhold til fx deres støtte- eller kontaktperson fra kommunen. Dette er for nogle patienter også den eneste gennemgående relation, og de kan derved få status af pårørende i borgerens liv, også selvom begge parter er klar over præmissen om, at den ene er i en professionel relation. På en væg hos en patient hænger små håndskrevne sedler med rosende og opmuntrende ord som "du har været meget igennem, men du kan endnu mere end du tror" fra bostøtten. Patienten fortæller, at bostøtten er mere som en mor for hende end en professionel (21). Bostøtten kan også være en hjælp at have med til konsultationer i sundhedsvæsenet, men det er ikke alle kommuner, der giver timer ansatte til at følge borgere til lægen.

Teknologi

Her henvises til digitale- og medicinske teknologier udviklet til at aflaste og hjælpe patienter og/eller sundhedsvæsen. For nogle patienter er det en **hjælp**. En 25-årig patient med diabetes type 1 har fået en insulinpumpe med en censor, som giver indblik og mulighed for at monitorere blodsukkerniveauer. Dette har givet forhøjet livskvalitet og bedre monitorering, hvilket nedsætter risiko for senfølger. Udfordringen er, at det ikke er alle kommuner, som kan tilbyde dette, og det holder patienten i en fastlåst situation i forhold til at søge arbejde eller uddannelse i andre kommuner, ligesom det er en tydeligt **ulighedsskabende** forskel. Mange patienter har også gode erfaringer med diverse teknologier, og flere kan anvende fx sundhed.dk, ligesom nogle også har prøvet **telekonsultationer**. Tilbage meldingen er, at det virker til nogle ting, men patienter vil stadig gerne have mulighed for et **personligt møde**, fordi de ikke føler mere alvorlige ting kan klares over en skærm:

"Det er ok til mindre ting, der synes jeg det fungerer godt, og jeg har også tit bare en telefonsamtale med ambulatoriet, hvor vi bliver enige om, at jeg ikke behøver at tage hele vejen derind for en kontrol. Men den der med min fod, det havde hun [lægen] ikke opdaget, hvis ikke hun havde set jeg havde sandaler på i februar" (21)

Det kan desuden være svært at **vurdere**, hvem som kan bruge teknologier, og hvem som ikke kan. Dette er ikke alders- eller sygdomsafhængigt nødvendigvis. Nogle kan lære at bruge det i perioder:

"Før lockdown havde kommunen tilbudt Pernille [patient med skizofreni og en række fysiske sygdomme] at få en iPad så hun kunne ringe til sin bostøtte, hvis de fysiske besøg af en eller anden grund blev aflyst, men Pernille afslog. Under lockdown besluttede Pernille alligevel at prøve en iPad og opdagede til sin overraskelse, at det virkede som en erstatning" (42, s. 311, min oversættelse)

Det er dog afgørende, at patienten føler sig **støttet og klar** til at bruge teknologi, som en del af behandlingen. Nogle patienter kan føle sig presset eller får ikke bedt om hjælp de rette steder:

Jørgen, en ældre mand med multisygdom, beder interviewer om hjælp til at læse svar på sundhed.dk. Han synes, det er svært at logge ind og ved ikke, hvad han skal gøre (3).

En del af det digitale behandlingslandskab findes også i **apps** til mobiltelefoner og tablets. Dette marked er ureguleret, og det skaber udfordringer, som vil blive diskuteret i del 2. For patienter med multisygdom og patienter med psykisk og fysisk sygdom, kan det være en hjælp i monitorering af symptomer, og her opleves det som forholdsvis uproblematisk, for de som bruger dem:

*"Min psykolog har bedt mig bruge *app* til at skrive ned, hvordan jeg har det hver dag, og det er faktisk en stor hjælp. Jeg måler også min vægt, og sådan, og så kan vi se, om det er depression eller bare sådan almindeligt dårligt humør" (21)*

Patienter med multisygdom understreger dog, at digitale løsninger ikke skal være i stedet for koordinering og overblik i sundhedsvæsenet, for så står patienten igen med ansvaret selv:

"Det er fint og godt og...og men jeg tænker, jeg tænker ikke det skal være i stedet for noget, for så har vi igen så er det mig som står med ansvaret alene" (3, upublicerede data)

Teknologi er altså velkomment fra patienternes side, hvis det ikke fjerner den almindelige menneskelige kontakt, og kun hvis og når man selv har overskud og mod til at benytte det.

Del 2: Sundhedskultur og borgeres brug af sundhedsvæsenet

For borgere, som ikke er kronisk, alvorligt eller akut syge, foregår kontakten til sundhedsvæsenet ofte som led i forebyggelsesinitiativer (fx vaccineprogrammer og screeninger) eller som konsultationer hos almen praksis som regel på baggrund af et symptom eller en bekymring. Selvom denne gruppe af borgere er større (heldigvis!) end gruppen af patienter med kroniske sygdomme, så glemmer vi den sommetider, når sundhedsvæsenets organisering diskuteres. Men det er en fejl, for netop disse borgere har store forventninger til sundhedsvæsenets ydelser:

Sundhedskultur

Opfattelser af, hvad sundhed er, varierer både mellem mennesker og mellem kulturer. Kultur er ikke noget statisk, tværtimod udvikler kulturen sig inspireret af andre kulturer. Derfor er kultur heller ikke noget nationalt eller etnisk, men derimod et udtryk for en særlig måde at forstå verden på. Når vi taler om sundhedskultur, er det altså et udtryk for den måde, vi **tolker sygdom og risiko for sygdom** i en given kontekst, og sundhedskulturen er påvirket af såvel politiske diskussioner og historiske tendenser som sociale medier og individuelle perspektiver (43). Alligevel nævnes her nogle fællestræk for sundhedskulturen som den ser ud i det meste af Danmark.

Først og fremmest er sundhed blevet en metaværdi, som gennemsyrrer alle niveauer og lag af samfundet og fremstår i medier og politiske dokumenter som en essentiel del af det gode menneskeliv. Derved bliver **sundhed en ideologi**, som afhænger af individets motivation for at opnå sundhed. Det betyder blandt andet, at vi skal kunne afstå fra simple, dovne eller dårlige personlige vaner (43, s. 40; 47, s. 368). Danske studier viser dog, at ideologien kan skabe et skel mellem dem, som gør 'det rigtige', og dem, som ikke gør (43, 46, 48). Dette bliver problematisk, fordi det skaber en **polarisering** i samfundet, hvor der er nogle mennesker, som har mulighederne for at tage ansvar for egen sundhed, mens andre af forskellige årsager enten ikke kan eller vil. Det kan få de grupper af patienter med særlige behov eller komplicerede problemstillinger til at fremstå som 'dovne', 'ukompliante' eller 'uvillige'. Det spejles i sproget, når vi taler om 'livstilssygdomme', der med ordvalget implicit antyder, at det er vores adfærd og derved vores egen skyld, at vi bliver syge (43, 45).

Samtidig med det voksende fokus på sundhed, kommer der også flere initiativer, som har fokus på hvordan individer kan tage **ansvar for egen sundhed** (46, s. 84). Det individuelle ansvar er en del af den neoliberalistiske styringsmodel, som samfundet er indrettet under (43). Det er ikke i sig selv problematisk at opfordre borgerne til at blive sundere, men i det at tage ansvar for kan ligge en **moralsk værdi** i, at borgere selv er opsøgende og opmærksomme på eventuelle symptomer. Dette kan skabe et **forventningspres** og en forståelse af, at det er vigtigt at alle problemstillinger adresseres i sundhedsvæsenet – ud fra mantraet om, at mere er bedre.

Forventninger til sundhedsvæsenet

Modsat patienterne i del 1, der ønsker så lidt sundhedsvæsen i deres liv som muligt, forventer de raske borgere, at de har **let adgang** til sundhedsvæsenet, og at dette kan **modtage, undersøge og eventuelt diagnosticere hurtigt**. Mange giver udtryk for, at det er "bedre at vide besked" og "heller blive undersøgt en gang for meget end en gang for lidt" (43), og at tidligere diagnostik altid er godt (49), som forklaring på ønsket om let og hurtig adgang til sundhedsvæsenets ydelser. Sådanne udsagn skal først og fremmest forstås i lyset af den førnævnte sundhedskultur og mantraet om at tage ansvar. Det er også en del af forklaringen på, hvorfor de mange tolker sundhedsvæsenets generelle forebyggelsestilbud som noget, man skal **deltage i** og være **taknemmelig** for:

Helle på 74 har lidt slidgigt, men siger ellers med egne ord, at hun "ikke overrender lægen". På spørgsmålet om hvorvidt hun takker ja til tilbud om fx influenzavaccine siger hun: "*Jamen jeg*

tager imod det hele, screeninger, vacciner for corona, influenza, jeg synes når man får tilbudt det, så gør man det”(44)

Samtidig ved borgerne godt, at sundhedsvæsenets ressourcer er knappe, og at der er udfordringer med overforbrug. Derfor vælger de fleste også i interviews at fremhæve, at de kun går til lægen med det **nødvendige** (44). Det er udtryk for, at der foregår en form for forhandling hos borgerne i forhold til at afstemme, hvornår noget er et symptom, og hvornår man skal søge hjælp (50). Susanne, en patient som har været sendt til udredning i en kræftpakke, fortæller:

”Jeg tror jeg går mere til lægen nu, end jeg normalt ville, når jeg hoster eller har svært ved at trække vejret. Jeg har brug for at vide, om det er alvorligt, eller det ikke bare er influenza, det har jeg brug for at vide hurtigere nu. Men selvfølgelig skal man ikke bare gå til lægen med hvad-som-helst”(51)

Susanne viser, hvordan hun tager ansvar for at gå til lægen, både uden at komme ”for sent”, men også uden at lægge pres på systemet. Men hendes reaktion på hoste vidner også om, at hoste – som ikke er ledsaget af forkølelse- i lægbefolkningen er blevet et symptom på mulig kræft, og derfor skal undersøges (49).

Flere borgere fortæller også, at selvom de ved, at der er **ressourcemangel** og sundhedsvæsenet skal skære ned på aktiviteterne, for det er almindeligt kendt blandt de fleste (44), så føler de også, at velfærdssamfundet har et ansvar for borgernes sundhed. En borger fortæller:

”Jeg har betalt skat hele mit liv, og jeg har aldrig brugt sundhedsvæsenet. Så jeg synes ikke jeg er en af dem som ’overforbruger’. Jeg ved godt at nogle gør, men jeg håber, at jeg kan få det jeg skal have, hvis jeg bliver syg”(44)

Der hersker altså både forventninger om at have **ret til** sundhedsydelse, men også et ønske om ikke at ligge til last. Det sidste lader dog til at være et hensyn målrettet direkte på det offentlige sundhedsvæsen. Flere fortæller nemlig, at de for at komme hurtige til undersøgelse eller behandling, eller hvis deres egen læge ikke har villet henvise dem til fx en scanning, så gør de brug af det private sundhedsvæsen. Borgerne har altså svært ved selv at genkende, om de har brugt sundhedsvæsenet unødvendigt:

Liselotte: Tænk på hvad man gør for service for ens bil, man burde også lave service for kroppen. Jeg havde været svimmel i et stykke tid, men min læge ville ikke gøre noget, der skulle jeg bare vente og se. Så jeg er så heldig, at jeg har sådan en forsikring gennem *mands* arbejde, så der fik vi hurtigt lavet en aftale på et privathospital. Det hele glider meget bedre i det private

Interviewer: Hvad viste det så

Liselotte: Jamen heldigvis var der ikke noget galt, det gik også over af sig selv igen

Interviewer: Kunne det være noget, hvor du siger, hvor du tænker, det her, det havde jeg ikke behovet

Liselotte: Nej, slet ikke. Det var vigtigt for mig at få at vide, at der ikke var noget galt

(Uddrag fra 44)

Det er ikke til at vurdere, om Liselottes undersøgelse var relevant, men det at kunne få **bekræftet eller afkræftet en mistanke om sygdom** er en af de forventninger, borgere har til sundhedsvæsenet. Derfor benytter nogle sig også af andre tilbud, hvis de ikke får det de ønsker i det offentlige sundhedsvæsen. Det kan dog øge risikoen for både overdiagnostik, overbehandling og falsk positive svar, hvilket vil føje yderligere arbejde til det offentlige sundhedsvæsen, foranlediget af undersøgelser i det private (43)

Frygten for at dø

Ud over forpligtelsen til at tage ansvar for eget helbred, er en af årsagerne til at raske borgere gerne vil undersøges og gå til lægen **frygten** for at blive syg og dø. Dette er en almenmenneskelig følelse, som er blevet beskrevet som et postmoderne paradoks, fordi vi på den ene side er blevet mere fremmedgjorte overfor døden, men fordi døden nu engang er en del af livet, er vi nødt til at forholde os til den (53). Derfor har vi brug for at begrebsliggøre døden, så det ikke længere bare er noget som 'sker', men med epidemiologiens og biomedicinens fremskridt de sidste 100 år er døden nu er noget vi kan forklare, måle og måske endda forudsige i form af forventet levealder. Godt nok på populationsbasis, men det giver os noget håndgribeligt, som vi som enkeltindivider kan rette os efter:

Jeg kan gøre ret meget for at undgå en blodprop eller lungekræft. Jeg kan holde op med at spise æg, lade være med at ryge, dyrke motion, holde min vægt nede, og jeg kan gøre så mange andre ting.
(53, s. 138, som gengivet i 43, s. 49)

Forebyggelsestiltag handler selvsagt om at undgå eller udskyde sygdom, men forebyggelse er også blevet en del af vores hverdag. I en sådan grad, så det at være rask, altså ikke være syg, efterhånden sprogligt er erstattet af sund. Sund er en tilstand, man kun kan opnå ved at dyrke og optimere egenomsorg, herunder motion, kost, livskvalitet og være opmærksom på kropslige forandringer, der kan være symptomer. I et antropologisk studie af patienter i almen praksis blev der observeret, at mange henvendte sig med et ønske om at vide, om de var sunde og sygdomsfri. Et eksempel fra dette studie er Johnny. Johnny har tidligere arbejdet med kemikalier og har hørt, at kemikalier kan være kræftfremkaldende. Så han opsøger sin læge jævnligt for at blive 'tjekket':

"Så jeg prøver at komme regelmæssigt til tjek. For ikke så lang tid siden fik jeg mit 50.000 km eftersyn, hvor der blev taget nogle blodprøver og et røntgenfoto af mine lunger. Og alt var, som det skulle være [...] så nu har jeg det meget bedre, du ved, jeg føler mig mere rask, fordi alting var normalt, og du ved, det er ikke i dag, at jeg skal sige farvel til slægt og venner. Der er stadig tid"
(Johnny i 54, s.7, som gengivet i 43, s. 48)

Johnny er en af mange danskere, som taler om kroppen som var den en bil og skal have et serviceeftersyn. Det er et udtryk for, at mange borgere holder frygten for at blive syg og/eller dø hen ved at blive kontrolleret og får foretaget undersøgelser. Det paradoksale er, at dette fokus på forebyggelse kan i sig selv skabe **sygdomsangst**. Selv normale testsvar kan skabe utryghed og et ønske om flere undersøgelser, hvis noget ligger uden for normalværdien, også selvom en sundhedsprofessionel har vurderet, at det ikke er klinisk relevant (55). Og argumentet om, at undersøgelser skaber tryghed passer heller ikke på Johnny. Han bliver godt nok betrygget ved undersøgelsen, men allerede efter en måneds tid er han nervøs igen, og tænker, at han har brug for et nyt tjek (54).

Overbehandling og overdiagnostik

Overbehandling er et udtryk som bruges om behandling givet forebyggende, lindrende eller helbredende, men som ikke har nogen effekt. Det kan være brug af antibiotika for en virusinfektion. Overbehandling kan i høj grad undgås ved at bruge principperne om **evidensbaseret medicin**. I mødet med patienter kan der dog være en forskel i den sundhedsprofessionelles faglige incitament om at undgå en specifik behandling, og så de forventninger borgere kan komme med, som omtalt ovenfor. Der kan altså opstå en **konflikt**, hvor det, ikke at få en given behandling, fx antibiotika, tolkes af borgeren/patienten som en manglende interesse, faglig standard eller lyst til at hjælpe. Omvendt kan en patient med fx multisygdom ønske at mindske antallet af medikamenter, men den sundhedsprofessionelle kan ikke imødekomme dette, da der kun findes **guidelines** på enkeltsygdomme. Disse guidelines anbefaler behandling, men tager i sagens natur ikke hensyn til, om patienten har brug for at prioritere i behandlinger. Det efterlader den sundhedsprofessionelle i en situation, hvor vedkommende måske vil skulle gå imod guidelines. Denne form for overbehandling handler altså om en korrekt diagnose, men en forkert behandling.

Overdiagnostik er det, der sker, når patologiske forandringer **tolkes som sygdom uden nogensinde at give patienten symptomer eller være årsag til patientens død**. Eller det kan være, når nomenklaturen udvider sig, så fx grænseværdien for hvornår et kolesteroltal er for højt ændres eller at der inddrages mildere symptomer ved fx en psykiatrisk diagnose. Derved inkluderes mange flere mennesker som patienter, men uden at der foreligger evidens af høj kvalitet for, at dette gør en forskel i morbiditet eller mortalitet.

Der er flere alvorlige skader ved overdiagnostik, både med psykosociale konsekvenser for den enkelte og konsekvenser for sundhedsvæsenet og samfundet. Det er blandt andet overbehandling, men altså en anden form end den førnævnte, for her bør diagnosen ikke stilles. Desuden har overdiagnostik økonomiske, miljømæssige og personalemæssige konsekvenser, for blot at nævne nogle. Med andre ord bliver mennesker gjort til patienter unødvendigt (43). Problemet med overdiagnostik, er, at det ikke er muligt at sige, hvilke individer som er overdiagnosticerede, fordi diagnosen opfylder alle kriterier, den vil bare aldrig komme til udtryk i kroppen (43).

Overdiagnostik sker oftest ved, at asymptomatiske borgere deltager i forebyggelsestiltag som screening, eller ved at **asymptomatiske borgere uden øget risiko** henvender sig for at få fx et generelt helbredstjek, målt en vitaminstatus eller insisterer på yderligere henvisning og undersøgelser, hvor der så findes patologiske forandringer. En 68-årig kvinde fortæller:

"Jeg har set i avisen, at man kan få et helbredstjek hernede [lokal privatklinik]...(Interviewer: ved du hvad de tjekker for?) jeg ved ikke hvad jeg, hvad de kan se i sådan en ultralydsscanning. Nu har jeg ikke røget eller noget, jeg har haft hjerteflimmer, men det er mange år siden, så jeg regner ikke med der er noget. Men jeg tænker, det er noget man bør gøre. Altså, når man har pengene til det som os, så har man også en forpligtelse" (44)

Det er dog **ikke alle** borgere, som ønsker ekstra undersøgelser. En 72-årig mand forklarer:

"Jeg siger nej til helbredsundersøgelser, hvis de spørger. Jeg bilder mig ind, at det er der sgu ingen grund til. Det kunne være...det ville være træls, hvis han fandt noget, som jeg kunne have levet lykkeligt med" (44)

Som med overbehandling er det netop følelser, forforståelser og forventninger, som styrer borgernes efterspørgsel, og det skaber et pres på sundhedsvæsenet, særligt i almen praksis, der i sin gatekeeper funktion er første sted, borgeren henvender sig, for at få en undersøgelse. Det kan skabe defensiv medicin, som beskrives i næste afsnit.

En sidste vigtig pointe er, at det at arbejde med at mindske underdiagnostik hos borgere med øget risiko, fx patienter med psykisk sygdom, ikke er modstridende til at arbejde mod overdiagnostik. Ved overdiagnostik er det asymptomatiske, tilsyneladende raske borgere uden øget risiko som undersøges. Her er der risiko for at eventuelle patologiske fund er af den slags som aldrig vil udvikle sig, og derved vil behandling og yderligere undersøgelser kun skade individet (43).

Defensiv Medicin

Når en sundhedsprofessionel konfronteres med en patient, der stiller krav om test, undersøgelser eller specifikke diagnoser, kan der i nogen tilfælde forekomme defensiv medicin. Defensiv medicin betyder, at en læge eller en anden sundhedsprofessionel udfører handlinger, der faktisk strider mod deres vurdering af det faglige grundlag, men som skyldes enten frygt for klagesager, frygt for at overse alvorlig sygdom eller som et led i at skabe eller bibeholde den professionelle relation til patienten (43). Det anslås, at læger udøver defensiv medicin i 10-15 % af alle konsultationer. Det kan både være i form af unødvendige test (fx CRP eller vitaminstatus) eller henvisninger til fx MR- og CT-skanninger (56). Tina Erikson, som er praktiserende læge, citeres således i (56):

En meget almindelig problematik er patienter, som ønsker udredninger for forskellige former for fødevareallergier og intolerancer [...] Og så har vi en del tilfælde af træthed hos yngre, raske mennesker uden anden sygdom. Hvor mange blodprøver skal vi tage på dem for at konstatere, at de ikke lider af nogen form for vitaminmangel? (Tina Eriksson, praktiserende læge, i 56)

Defensiv medicin er på mange måder en udløber af sundhedskulturen, hvor raske borgere tager ansvar for egen sundhed ved at være opsøgende. Igen skal man ikke bebrejde borgerne, som er blevet påvirket gennem kampagner og medier til at tænke, at deres opsøgende adfærd kan mindske risiko for sygdom og tidlig død (44). Men det er en afgørende faktor i sundhedsvæsenets organisering, at der ikke er rammer, som understøtter sundhedsprofessionelles faglige vurdering af ikke at foretage undersøgelser. Det er, på trods af et umiddelbart ønske om en undersøgelse, patienternes ønske ikke at få foretaget unødvendige undersøgelser, diagnoser og behandlinger, men det kan ikke være op til patienterne at vurdere nødvendigheden.

Del 3. Ønsker til fremtidens sundhedsvæsen – med borgernes øjne

Der er allerede indgivet en række ønsker og betragtninger fra forskellige patientorganisationer og andre interessenter. Her er samlet 7 anbefalinger på baggrund af forskning i patienters og borgeres møde med sundhedsvæsenet som tillæg.

1. Et solidarisk og frit tilgængeligt offentligt sundhedsvæsen - som nu.

Patienterne og borgere er som nævnt grundlæggende tilfredse med kvaliteten af den behandling, de modtager i sundhedsvæsenet. Sundhedsvæsenet skal fortsat bygge på princippet om fri og lige adgang.

2. Blive set og hørt som et helt menneske

Skab strukturer og rum for at patienter i sundhedsvæsenet får differentieret behandling, der tager hensyn til deres individuelle behov, præferencer, værdier og forudsætninger. Patienter med kroniske eller langvarige sygdomme skal inddrages i behandlingsbeslutninger, så de påvirker hverdagslivet og identiteten mindst muligt.

3. Et overskueligt og lettilgængeligt sundhedsvæsen

Det skal være nemt (men ikke nødvendigvis hurtigt) at få en tid, nemt at få et samlet overblik over alle sine tider i både det primære og det sekundære sundhedsvæsen, der skal tages hensyn til praktiske foranstaltninger eller ønsker om fx at være i hjemmet så vidt muligt.

4. Tydeligt hvem der har ansvar/overblik over min behandling

Der skal sikres kommunikation og dataudveksling på tværs af sektorer, så det er muligt at have en behandlingssansvarlig sundhedsprofessionel, der er opmærksom på polyfarmaci, uhensigtsmæssige behandlinger og kan rådgive patient ift. den samlede sygdoms- og behandlingsbyrde. Denne person skal være lokalt forankret og være kontinuiteten i patientens forløb.

5. Adgang til egen læge - betydningen af kontinuitet

Praktiserende læger kan skabe det nødvendige overblik for patienter med flere sygdomme og behandlinger og være kontinuiteten også i komplekse forløb eller for den ældre medicinske patient. Almen praksis unikke mulighed for at kende patienten kan bruges som en styrke, men det kræver at alle patienter har adgang til en fast læge og at denne har organisatoriske rammer til at håndtere patienter med komplekse problemstillinger.

6. Lige behandling, ulige tilbud

Borgere og patienter har forståelse for, at nogle patienter vil skulle have mere behandlingsstøtte og flere konsultationer end andre. Deltagerne i studierne giver generelt udtryk for, at de er villige til at afgive noget, for at andre kan få mere, men kan ikke selv identificere, hvad der kunne afgives.

7. Mindske underdiagnostik og overdiagnostik

Der skal sikres, at sygdom ikke overses eller negligeres, særligt i de patientgrupper, hvor dette kan skyldes overshadowing eller diskrimination. Der skal sikres, at patienterne ikke får unødvendig og overflødige undersøgelser, diagnoser og behandlinger. Hvis en patient ønsker at stoppe en behandling, skal denne beslutning støttes bedst muligt fagligt, etisk og praktisk.

Litteraturliste

1. Mandag Morgen & Trygfonden (2016) Sundhedsvæsenet – ifølge danskerne. Rapport. Kan downloades her: <https://www.tryghed.dk/viden/publikationer/sundhed/sundhedsvaesenet-ifoelge-danskerne>
2. Ørtenblad L, Meillier L, Jønsson AR (2018). Multi-morbidity: A patient perspective on navigating the health care system and everyday life. *Chronic Illness*. 2018;14(4):271-282. doi:10.1177/1742395317731607
3. Jønsson, ABR (2018) Aging with multimorbidity. Illness and Inequity in Everyday Life. Ph.d. afhandling. Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet
4. Ørtenblad L, Jønsson ABR & Meillier L (2015) Komplekse liv. Patientinddragelse som vej til et bedre hverdagsliv for multisyge? I: *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund* <https://doi.org/10.7146/tfss.v0i22.20821>
5. Bo, A., Friis, K., Osborne, R.H. et al. (2014) National indicators of health literacy: ability to understand health information and to engage actively with healthcare providers - a population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health* 14, 1095 <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1095>
6. Svendsen, M. T., Bak, C. K., Sørensen, K., Pelikan, J., Riddersholm, S. J., Skals, R. K., Mortensen, R. N., Maindal, H. T., Bøggild, H., Nielsen, G., & Torp-Pedersen, C. (2020). Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: a large national population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health*, 20(1), Article 565. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08498-8>
7. Sundhedsstyrelsen (2022) Sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen. Rapport. Kan downloades her: https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Sundhedskompetence/SST-Rapport_-Sundhedskompetence_TILG.ashx
8. Møller, A., Willadsen, T. G., Jønsson, A. R., Reventlow, S., & Brodersen, J. (2020). Heterogenitet i multisygdomsdefinitionen: Hvilke konsekvenser kan det have?. *Tidsskrift for Forskning I Sygdom Og Samfund*, 17(32). <https://doi.org/10.7146/tfss.v17i32.120977>
9. Shippee, N. D., Shah, N. D., May, C. R., Mair, F. S., & Montori, V. M. (2012). Cumulative complexity: a functional, patient-centered model of patient complexity can improve research and practice. *Journal of clinical epidemiology*, 65(10), 1041–1051. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2012.05.005>
10. Sand, C., Rahbek, K., Willadsen, T. G., & Jønsson, A. B. R. (2021). Prioritizing social identities: Patients' perspective on living with multimorbidity. *Journal of Comorbidity*, 11.
<https://doi.org/10.1177%2F26335565211009375>
11. Rosbach, M., & Andersen, J. S. (2017). Patient-experienced burden of treatment in patients with multimorbidity - A systematic review of qualitative data. *PloS one*, 12(6), e0179916. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179916>
12. Plana-Ripoll O, Pedersen CB, Agerbo E et al. A comprehensive analysis of mortality-related health metrics associated with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study. *Lancet*. 2019;394(10211):1827-1835.
13. Mackenhauer J. Disparities in emergency care among patients with mental illness. Phd thesis, 2022. <https://vbn.aau.dk/en/publications/disparities-in-emergency-care-among-patients-with-mental-illness> (7. jul 2023).

14. Mackenhauer, J., Prior, A., Hjorthøj, C., Hansen, M. V. H., Knudsen, S. V., Johnsen, S. P., Mainz, J., & Nordentoft, M. (2023). Multisyge patienter med samtidig psykisk og fysisk sygdom. *Ugeskrift for Læger*, 185, Article V05230284.
15. Liversage A. & Rytter M. (2022). De nye gamle. Karakteristika ved den voksende gruppe etniske minoritetsældre. *Gerontologi* 38(1);20-28
16. Sundhedsstyrelsen: Den ældre medicinske patient. <https://www.sst.dk/da/fagperson/ansvarlig-medicinering/den-aeldre-medicinske-patient/den-aeldre-medicinske-patient>
17. Frølich A., Olesen F., Kristensen I. (red.) (2017) Hvidbog om multisygdom. Dokumentation af multisygdom i det danske samfund – fra silotænkning til sammenhæng. Trykforlaget.
18. Upublicerede empiribidrag fra studiet *Multisygdom og ulighed i det behandlende sundhedsvæsen*. <https://www.defactum.dk/forskning/befolkningsundersogelser/multisygdom/multisygdom-og-ulighed/>
19. Prior A, Vestergaard M, Davydow DS et al. Perceived stress, multimorbidity, and risk for hospitalizations for ambulatory care-sensitive conditions: a population-based cohort study. *Med Care*. 2017;55(2):131-139.
20. Behandlingsrådet. Rapport vedr. ulighed i somatisk behandling af patienter med psykiske lidelser, 2022. <https://behandlingsraadet.dk/ulighed-i-sundhed/analyse-2022-2023/analyse-2022> (7. jul 2023).
21. Upublicerede empiribidrag indsamlet i forbindelse med studiet *SOFIA*. <https://ifsv.ku.dk/om-instituttet/almen-medicin/forskning/sofia/>
22. Hallyburton A. (2022) Diagnostic overshadowing: an evolutionary concept analysis on the misattribution of physical symptoms to pre-existing psychological illnesses. *Int J Ment Health Nurs*;31(6):1360-1372.
23. Johansen K.S., Busch S., Jeppesen P.P., Mårtensson S., Poulsen H., Larsen J.L. (2018). Dobbelt diagnosepatienters møde med det psykiatriske behandlingssystem. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, nr. 28, 155-172
24. Jønsson, A. B. R. (2021). Subjektiv ulighed: Oplevelsen af ulighed i sundhed. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, 18(35), 95-114. <https://doi.org/10.7146/tfss.v18i35.129995>
25. Bissenbakker, K., Møller, A., Brodersen, J. B., & Jønsson, A. B. R. (2022). Conceptualisation of a measurement framework for Needs-based Quality of Life among patients with multimorbidity. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 6(1), Article 83. <https://doi.org/10.1186/s41687-022-00489-0>
26. Martinsen, B., Harder, I., & Norlyk, A. (2015). Being back home after intermediate care: the experience of older people. *British journal of community nursing*, 20(9), 422–428. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2015.20.9.422>
27. Loft, M. I., Martinsen, B., Esbensen, B. A., Mathiesen, L. L., Iversen, H. K., & Poulsen, I. (2019). Call for human contact and support: an interview study exploring patients' experiences with inpatient stroke rehabilitation and their perception of nurses' and nurse assistants' roles and functions. *Disability and Rehabilitation*, 41(4), 396–404. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1393698>
28. Jønsson A., Steno A.M. (forthcoming) Enacted Restoration of Selfhood: Self-Harm among People with Mental Illness (in review)
29. Christensen, I.E., Risør, M.B., Grøn, L. et al. Senses of Touch: The Absence and Presence of Touch in Health Care Encounters of Patients with Mental Illness. *Cult Med Psychiatry* 47, 402–421 (2023). <https://doi.org/10.1007/s11013-022-09770-9>

30. Martinsen, B., Norlyk, A., & Lomborg, K. (2015). Experiences of intermediate care among older people: a phenomenological study. *British journal of community nursing*, 20(2), 74–79. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2015.20.2.74>
31. Steno, A. M., & Jønsson, A. B. R. (2023). Spaces out of reach? Service user involvement in residents' meetings at recovery-oriented social housing facilities for young people with mental health disorders. *Health (United Kingdom)*, 27(6), 941-957. <https://doi.org/10.1177/13634593221075950>
32. Kofoed, Jens (2009): "Ældre mennesker og mad belyst i et kulturelt perspektiv", I Glasdam, S. og Esbensen B.A. (red) *Gerontologi*. København: Dansk Sygeplejeråd og Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
33. <https://www.altinget.dk/sundhed/artikel/opsamling-paa-temadebat-overbehandler-vi-svaekkede-og-doeende-patienter>
34. Sørensen P. K, Jønsson A. R. (forthcoming) Resuscitation Revisited. *Dribling Resuscitation and Moral Stress*. In progress.
35. Ørtenblad L, Væggemose U, Stage J. T, Nielsen B.K. (2018) Patienters forståelse af hospitalernes indkaldelsesbreve med fokus på ret til hurtig udredning. Rapport, DEFACTUM.
36. Schoenau MN, Missel M, Holen M. (2024) 'Staying cool, calm and positive': A dialogical narrative analysis of emotional reactions in narratives about operable lung cancer. *Scand J Caring Sci*. 2024; 00: 1–10. <https://doi.org/10.1111/scs.13241>
37. Halberg N, Larsen TS, Holen M. Ethnic minority patients in healthcare from a Scandinavian welfare perspective: The case of Denmark. *Nurs Inq*. 2022 Jan;29(1):e12457. doi: 10.1111/nin.12457. Epub 2021 Aug 30. PMID: 34463004.
38. Sodeman, M (2020) Det du ikke ved får patienten ondt af. Tværkulturel klinik og kommunikation i mødet med etniske minoritetspatienter. Egen udgivelse. Kan hentes her: https://ouh.dk/media/ahhegyg/morten-sodemann-2020-det-du-ikke-ved-f%C3%A5r-patienten-ondt-af_indvandrermedicinsk-klinik_imk.pdf
39. Martinsen, B., Norlyk, A., & Gramstad, A. (2023). What Makes Dependency on Homecare Bearable? A Phenomenological Study. *Western journal of nursing research*, 45(5), 388–394. <https://doi.org/10.1177/01939459221135325>
40. Kristensen M.A.T, Guassora A.D, Arreskov A., Waldorff F, Hølge-Hazelton B. (2018) 'I've put diabetes completely on the shelf till the mental stuff is in place'. How patients with doctor-assessed impaired self-care perceive disease, self-care, and support from general practitioners. *A qualitative study, Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 36:3, 342-351, DOI: 10.1080/02813432.2018.1487436
41. Ørtenblad, L. (2020). Mere hverdag i sundhedsvæsenet: Hverdagsliv og navigation i sundhedsvæsenet blandt mennesker med multisygdom. *Tidsskrift for Forskning I Sygdom Og Samfund*, 17(32). <https://doi.org/10.7146/tfss.v17i32.120974>
42. Jønsson, A. B. R., Christensen, I. E. E., Reventlow, S., & Risør, M. B. (2022). Responsibilities of Risk: Living with Mental Illness During COVID-19. *Medical Anthropology: Cross Cultural Studies in Health and Illness*, 41(3), 302-314. <https://doi.org/10.1080/01459740.2022.2045288>
43. Jønsson A., Brodersen J. (2022) *Snart er vi alle patienter. Overdiagnostik i medicinske og samfundsfaglige perspektiver*. København: Samfundslitteratur.
44. Upublicerede data fra projektet "Aldring og sundhedsopfattelser" hvor 100 danskere +65 år interviewes om deres forhold til sundhed, sygdom, forebyggelse og sundhedsvæsenet. Studiet er igangværende.

45. Kristensen, D.B., M. Lim og S. Askegaard (2016). Healthism in Denmark: State, market, and the search for a 'Moral Compass'. *Health*, 20(5): 485-504.
46. Kristensen, D.B. (2016). Enquete: Sundhedens univers. *Tidsskrift Antropologi*, (73): 83-87.
47. Crawford, R. (1980). Healthism and the medicalization of everyday life. *International Journal of Health Services*, 10(3): 365-388. Doi: 10.2190/3H2H-3XJN-3KAY-G9NY.
48. Jønsson, A. R., Reventlow, S., & Guassora, A. D. (2020). How Older Men With Multimorbidity Relate to Successful Aging. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 75(5), 1104–1112. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbz019>
49. Damhus C., Risør M., Brodersen J., Jønsson A. (in press) Rethinking the Logic of Early Diagnosis in Cancer. Accepted for publication in *Health*.
50. Offersen, S. M. H., Vedsted, P., & Andersen, R. S. (2017). 'The Good Citizen': Balancing Moral Possibilities in Everyday Life between Sensation, Symptom and Healthcare Seeking. *Anthropology in Action*, 24(1), 6-12. Retrieved Feb 13, 2024, from <https://doi.org/10.3167/aia.2017.240102>
51. Damhus, C. S., Brodersen, J. B., & Risør, M. B. (2023). Luckily-I am not the worrying kind: Experiences of patients in the Danish cancer patient pathway for non-specific symptoms and signs of cancer. *Health (London, England : 1997)*, 27(6), 1059–1075. <https://doi.org/10.1177/13634593221096244>
52. Thorsen H., Witt K., Brodersen J. (2012). "For mange svære ord i skriftlig kommunikation fra sundhedsvæsenet" *Ugeskr. Laeger* 174(14): 925-930.
53. Bauman, Z. (1992). *Mortality, Immortality, and Other Life Strategies*. Cambridge: Polity Press.
54. Kristensen, B., Brodersen, J., & Joensson, A. (2022). The Tyranny of Numbers: How e-Health Record Transparency Affects Patients' Health Perceptions and Conversations with Physicians. *Medicine Anthropology Theory*, 9(2), 1-25. <https://doi.org/10.17157/mat.9.2.5529>
55. Jønsson, A. B. R., Kristensen, B. M. ., & Brodersen, J. B. (2022). Informationens ironi: Patienters frie adgang til sundhedsdata. *Tidsskrift for Forskning I Sygdom Og Samfund*, 19(36), 39–57. <https://doi.org/10.7146/tfss.v19i36.133049>
56. Jessen, B. (2021). Defensiv medicin – påvirkning fra patienter fylder mest. *Ugeskrift for Læger*, 183(3): 220.

Bilag 14:

Sammenhæng ifølge sundhedspersonale. En litteraturbaseret oversigt over udfordringer og erfaringer med sikre sammenhængende forløb i sundhedsvæsenet

VIVE

Sammenhæng ifølge sundhedspersonale

En litteraturbaseret oversigt over udfordringer og erfaringer med sikre sammenhængende forløb i sundhedsvæsenet



*Sammenhæng ifølge sundhedspersonale
– En litteraturbaseret oversigt over udfordringer og erfaringer med sikre
sammenhængende forløb i sundhedsvæsenet*

© VIVE og forfatterne, 2024

e-ISBN: [e-ISBN-nr.]

Forsidefoto: [Fotografens navn]/VIVE

Projekt: 302838

Finansiering: Indenrigs- og Sundhedsministeriet

VIVE

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.



VIVE støtter FN's verdensmål og angiver her, hvilket eller hvilke verdensmål der knytter sig til publikationen.



Forord

Sundhedsstrukturkommissionen har fået til opgave, at foreslå en række modeller for fremtidens sundhedsvæsen i Danmark. I forarbejdet hertil har Sundhedsstrukturkommissionen søgt indblik i sundhedsvæsenets eksisterende udfordringer og viden om behov og mulige løsningsmodeller via inspirationsbesøg i forskellige dele af sundhedsvæsenet, ekspertbidrag og analyser.

Denne litteraturbaserede oversigt over udfordringer og erfaringer med sikre sammenhæng og samarbejde i sundhedsvæsenet er et af disse vidensbidrag.

VIVE ønsker at takke den reviewer, som har læst og kommenteret på et tidligt udkast af denne rapport.

Opgaven er rekvireret af Sundhedsstrukturkommissionens sekretariat, og finansieret af Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Sanne Schioldann Haase
Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed



Indholdsfortegnelse

Hovedresultater	5
Afrapportering	10
1 Indledning	11
1.1 Formål og afgrænsning	11
1.2 Læsevejledning	13
2 Hvad opleves som barrierer for sammenhæng?	15
2.1 Organisering som ramme for koordination og kommunikation	15
2.2 Styring og incitament	16
2.3 Uklare aftaler om opgave- og ansvarsfordeling	16
2.4 Lokale rammer for og prioritering af sammenhæng	17
3 Sundhedspersonales erfaringer med konkrete tiltag	18
3.1 Aftaler om samarbejde (<i>sammenkædning</i>)	18
3.2 Fokus på overgange (<i>koordineret</i>)	19
3.3 Nye organisatoriske enheder (<i>fuld integration</i>)	21
3.4 Styringsrammer	22
4 Forhold, som understøtter sammenhæng	24
Dokumentation	27
Litteratur	28

Hovedresultater

I dette notat fremgår en litteraturgennemgang med fokus på, hvad sundheds-personale oplever som udfordrende for at sikre sammenhængende patientfor-løb, og deres erfaringer med forskellige tiltag, der har haft til formål, at skabe sammenhængende patientforløb. Dette notat er rekvireret af Sundhedsstruk-turkommissionens Sekretariat og har til formål:

1. at sammenfatte de forhold, som medarbejdere i sundhedsvæsenet oplever som udfordrende for at skabe sammenhængende forløb for patienter og sikre samarbejde på tværs af aktører, organisatoriske skel og sektorer.
2. at sammenfatte medarbejderes oplevelser og erfaringer med tiltag (fx ændrede styringsrammer, organisationsændringer og udviklingspro-jekter), der har haft til formål at udvikle og forbedre patientforløb, der inkluderer forskellige sektorer, organisatoriske enheder og/eller aktø-rer.

I notatet er der fokus på organisatorisk sammenhæng (se tekstboks), og på sundhedspersonalets erfaringer. Patienters perspektiv og ledelsers perspektiv på sammenhængende patientforløb fremgår derfor ikke i dette notat, om end begge perspektiver er vigtige.

Organisatorisk sammenhæng

I notatet tager der udgangspunkt i nedenstående definition på organisato-risk sammenhæng:

Konsistent og sammenhængende tilgang til håndteringen af en given sygdom på tværs af fagpersoner, som også tager hensyn til patienters foranderlige behov. (Haggerty et al., 2003, egen oversættelse)

Barrierer for sammenhæng vedrører både styring, organisering og lokal ar-bejds gange

Litteraturgennemgangen tager udgangspunkt i fore overordnede forhold, som kan udfordre sundhedspersonalet i at skabe sammenhængende patientforløb:

Organisering: Her fremhæves den specialiserede organisering af sundhedsvæsenet som sammen med et stigende antal kronisk syge og multisyge patienter betyder at patientforløb i mange tilfælde strækker sig over flere sektorer og organisatoriske enheder. Dette er en grundlæggende udvikling som kræver koordinering og samarbejde fra det involverede sundhedspersonale både på populationsniveau og i relation til den enkelte patient.

Styring og incitament: Den specialiserede organisering bidrager til en kompliceret samarbejdsstruktur med aktører, som arbejder under særskilte ressourcemæssige rammer og incitamentsstrukturer. Det kan medvirke til intern optimering frem for optimering af de processer, som går på tværs af afdelinger. Undersøgelser peger også på, at fælles indsatser for at skabe sammenhæng på tværs af sektorer udfordres af uklare aftale om, hvordan opgaver, der ligger i grænsefladen mellem to parter finansieres økonomisk.

Uklare aftaler om arbejdsgange og opgavefordeling: Når der ikke er lavet klare aftaler om, hvem der har ansvar for bestemte opgaver, hvornår og hvordan ansvar for patienter overdrages, samt hvordan og hvad der kommunikeres, så udfordrer det sundhedspersonalets mulighed for at bidrage til sammenhængende patientforløb. Mange samarbejdspartnere kan ligeledes være en udfordring, fordi det kan være svært at skabe det nødvendige overblik over fx henvisningsmuligheder og kontaktpersoner. Ligeledes kan forskellige standarder og faglige forståelser, fx af hvornår en patient er indlæggelseskrævende, udfordre samarbejdet mellem sundhedspersonale på tværs af sektorer og dermed føre til usammenhængende forløb.

Lokale rammer for og prioritering af samarbejde: Undersøgelser peger på, at de helt lokale rammer for sundhedspersonalets arbejde har betydning for at skabe sammenhængende forløb. Begrænsede ressourcer (tid, personale etc.) kan eksempelvis føre til at sundhedspersonale prioriterer de opgaver, der ligger inden for deres eget ekspertområde og egen organisatoriske enhed. Fraværet af velfungerende rammer for kommunikation, fx kommunikationsteknologier og fysiske mødesteder, fremgår ligeledes som forhindringer for løbende kommunikation omkring planlægning og prioritering af fælles opgaver. Endelig fremhæves den kliniske kernekompetencer som central rolle ift. at skabe sammenhæng i patientforløb, idet det kan være en forudsætning for, at patienter henvises korrekt, og undgår unødige omveje i deres forløb.

Styrket sammenhæng med udgangspunkt i sammenkædning, koordination eller fuld integration

Gennemgangen af litteratur, der omhandler sundhedspersonalets erfaringer med konkrete tiltag med fokus på at skabe sammenhængende patientforløb tager udgangspunkt i et kontinuum for økonomisk og organisatorisk integration.

Sammenkædning er den løbende, rutinemæssige og sekventielle interaktion mellem sundhedspersonale på tværs af organisatoriske skel og sektorskel, og som har bund i specifikke aftaler om fx kommunikation, henvisningspraksis og arbejdsdeling. Der er ingen økonomisk eller organisatorisk integration. Her peger litteraturen på betydningen af faste mødestrukturer, hvor der kan deles aktuel viden om fx specifikke patienter, belægningsgrad, fælles udfordringer og opgaver mm. Undersøgelser peger på, at sundhedspersonale oplever det som et bidrag til bedre kommunikation, lettere henvisningsprocesser og øget gensidig forståelse – dog afhængig af om sundhedspersonalet opfatter denne type møder som relevante, og som noget både de og patienterne får gavn af.

Forløbsprogrammer, der rammesætter opgavefordeling og koordination omkring overgange mellem sektorer kan også betragtes som et eksempel på sammenkædning. Litteraturen peger her på et blandet udbytte. I nogle evalueringer beskriver sundhedspersonale, hvordan forløbsprogrammer har bidraget med større kendskab til arbejdsvilkår og tilbud på tværs af sektorgrænser samt klarere opgave- og ansvarsfordeling. I andre evalueringer peges på uændrede samarbejdsrelationer. Dette tilskrives bl.a. hospitalspersonalets manglende kendskab til henvisningsmuligheder i kommuner, manglende gensidig tillid til kvaliteten i opgaveløsningen, og at der egne tilbud prioriteres på bekostning af en indsats for et styrket tværgående samarbejde.

Koordination handler om et mere styret fokus på patienters overgange mellem organisatoriske enheder ift. udvalgte dele af en behandling, fx forløbskoordination. Her er tale om mere bindende og formaliserede aftaler end det er tilfældet ved sammenkædning. I litteraturen fremgår eksempler funktioner med særligt koordineringsansvar for patientforløb, fx fremskudt visitation, følge-hjemordninger mm., som i flere undersøgelser fremhævet som bidrag til mere sammenhængende forløb. Disse ordninger bidrager fx til et styrket samarbejde mellem hospital og kommune via mulighed for løbende kommunikation mellem sundhedspersonalet, og større gensidigt kendskab til arbejdsforhold og muligheder på tværs af de to sektorer. Tværsektorielle videomøder er et andet eksempel på forsøg med koordination, som i nogle undersøgelser fremhæves som en mulighed for direkte kommunikation mellem udskrivende og modtagende parter i et patientforløb, og et bidrag gensidig forventningsafstemning og klarere mål for den enkelte patient. Det gælder for både koordineringsfunktioner og tiltag som videomøder, at det kræver fokus på implementering og klare aftaler om procedurer og arbejdsdeling.

Fuld integration handler om organisatorisk sammenlægninger, etablering af multidisciplinære teams og delte økonomiske ressourcer omkring patientgrupper med særlige behov. Her ses eksempler på tværfagligt organiserede enheder rettet mod patienter med lidelser, der involverer flere specialer eller ydelser fra flere sektorer. Her peger litteraturen både på eksempler, som har bi-

draget positivt til kommunikation og koordinering, og eksempler, hvor eksisterende strukturer, fx specialeopdeling, blev bevaret. Fælles formål og interesser samt relativt afgrænsede patientgrupper er nogle af de forhold, som fremhæves som væsentligt de steder, hvor mere integrerede enheder lader til at fungere godt.

Forhold, som understøtter sundhedspersonales arbejde med at skabe sammenhængende forløb

Der har fra strukturkommissionens side også været et ønske om at pege på eksisterende rammer og strukturer for sundhedspersonalets arbejde, som bidrager til sammenhæng på en positiv måde. På tværs af den fremsøgte litteratur fremgår en række forhold, som udpeges som understøttende for sundhedspersonales arbejde med at skabe sammenhængende forløb. Disse er listet nedenfor i boks 1.1.

Boks 1.1 Forhold der kan påvirke forsøget på at skabe mere sammenhængende patientforløb

- Forankring af samarbejde som udviklingsområde på ledelsesniveau/beslutningstagerniveau, idet ledelse/beslutningstagere kan påvirke rammer/vilkår for kommunikation, koordinering etc. (fx Brorholt et al., 2018; Sandberg Buch, Jakobsen, et al., 2016; Sandberg Buch & Petersen, 2017b)
- Arbejdet med at skabe sammenhæng skal opleves som relevant for både for patienter og for sundhedspersonalet (fx Brorholt et al., 2018; Holm-Petersen et al., 2014)
- Samarbejdsaftaler (kommunikation, opgave- og ansvarsfordeling) som er tilpasset den organisatoriske, økonomiske og regulatoriske kontekst, som den skal fungere i (fx Brorholt et al., 2018).
- Fælles mål, gensidigt kendskab til hinandens tilbud og handlemuligheder samt gensidig tillid og respekt mellem involverede parter (fx Sandberg Buch & Brehm Johansen, 2022; Sandberg Buch & Jakobsen, 2016).
- Eventuelle koordinatorfunktioner som er givet tydelige rammer for deres arbejde, og der skal generelt dedikeres tid og rum (fx faste fælles møder) til arbejdet (fx Sandberg Buch & Petersen, 2017b).
- Mulighed for kommunikation og vidensdeling mellem de involverede parter enten via kommunikationsteknologier (fx Madsen et al., 2016; Sandberg Buch & Brehm Johansen, 2022; Sandberg Buch & Jakobsen, 2016) eller via understøttende mødestrukturer og fysiske rammer (fx Brorholt et al., 2018)
- Afklaring af, hvordan økonomiske byrder og gevinster deles (fx Brorholt et al., 2018; Madsen et al., 2018; H. Wentzer et al., 2023)
- Tilstedeværelse og anvendelse af data, som kan bidrage til at udpege områder med særlige sammenhængsudfordringer, patientgruppens behov og relevante indsatser (fx Brorholt et al., 2018; Sandberg Buch & Brehm Johansen, 2022)

> Afrapportering

1 Indledning

Regeringen har nedsat en sundhedsstrukturkommission, som har fået til opgave at belyse modeller for den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet. Af kommissoriet (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2023) fremgår et antal sigtelinjer for Regeringens ønsker til fremtidens sundhedsvæsen, herunder:

- Et sundhedsvæsen, der er sammenhængende og samarbejder på tværs af fagligheder, sektorer og geografi, og hvor løsninger inden for fx digitalisering udvikles i fællesskab og hurtigt udbredes.
- En opgavefordeling i sundhedsvæsenet mellem sygehuse og det nære sundsvæsen, der sikrer, at patienten kommer i centrum og får en sammenhængende plan for behandling, og hvor der tages et mere samlet ansvar for patientforløbet

Sammenhæng, opgavefordeling og samlet ansvar for hele patientforløb er ikke nye målsætninger, men er tværtimod løbende søgt imødekommet på nye måder i det danske sundhedsvæsen. Der eksisterer derfor allerede en del litteratur der belyser barrierer for sammenhæng, og erfaringerne med at indføre tiltag der har til formål at fremme sammenhæng. Sundhedsstrukturkommissionens sekretariat ønsker at få sammenfattet de vigtigste indsigter fra den del af litteraturen, som belyser sundhedspersonalets perspektiv på sammenhængsudfordringer og forsøg på skabe mere sammenhængende forløb for patienter.

1.1 Formål og afgrænsning

Formålet med dette litteraturbaserede overblik er todelt:

1. at sammenfatte de forhold, som medarbejdere i sundhedsvæsenet oplever som udfordrende for at skabe sammenhængende forløb for patienter og sikre samarbejde på tværs af aktører, organisatoriske skel og sektorer.
2. at sammenfatte medarbejderes oplevelser og erfaringer med tiltag (fx ændrede styringsrammer, organisationsændringer og udviklingsprojekter), der har haft til formål at udvikle og forbedre patientforløb, der inkluderer forskellige sektorer, organisatoriske enheder og/eller aktører.

Fokus på organisatorisk sammenhæng

Sammenhæng i patientforløb kan anskues fra både patientens vinkel, og fra en organisatorisk vinkel (Grøn L., Vang, S. & Mertz, 2009; Guthrie et al., 2008; Haggerty et al., 2003; Meier et al., 2016). Der i dette notat fokus på organisatorisk sammenhæng, som kan defineres på følgende måde:

Konsistent og sammenhængende tilgang til håndteringen af en given sygdom på tværs af fagpersoner, som også tager hensyn til patienters foranderlige behov. (Haggerty et al., 2003, egen oversættelse)

I andre begrebsafklaringer fremhæves desuden minimal redundans som et væsentligt aspekt af sammenhæng set fra et organisatorisk perspektiv, samtidig med at centrale komponenter i opgaveløsningen ikke må mangle (Jacobsen & Jakobsen, 2014, s. 66; Væksthus for Ledelse, 2022). Udbyttet af sammenhæng kan endvidere relateres til enkelte patienters behov, til patientpopulationers behov, og til sundhedsvæsenets behov fx i form af størst mulig udbytte og effektivitet. Sammenhæng skabes derfor både horisontalt fx i form af aftaler og kommunikation mellem hospital, kommune og praktiserende læge, og vertikalt i form af overordnet styring og organisering (Brorholt et al., 2018; Guthrie et al., 2008; Jacobsen & Jakobsen, 2014).

Fokus på sundhedspersonalets erfaringer

I notatet er der desuden fokus på *sundhedspersonales* erfaringer med og vurderinger af, hvad der er udfordrende for sammenhæng i patientforløb, og forskellige afprøvede tiltag til at sikre sammenhæng i patientforløb. Patienters perspektiv på sammenhæng er således ikke i fokus, og der er også begrænset fokus på lederes perspektiv på sammenhæng. En del litteratur beskæftiger sig netop med betydningen af ledelse for at sætte rammerne for både formelle aftaler, formelle samarbejdsstrukturer, og for at prioritere og anerkende det arbejde, som er nødvendigt for at sikre sammenhængende patientforløb (Hauge et al., 2022; Holm-Petersen et al., 2014; Meier et al., 2016; Væksthus for Ledelse, 2022). Ledelsens rolle og betydning fremgår ikke eksplicit i de fremsøgte undersøgelser, hvor fokus er sundhedspersonalets perspektiv på sammenhæng, og udfoldes derfor ikke yderligere i dette notat. Det er dog oplagt at ledelsen har indflydelse på, og derfor betydning for flere af de forhold som beskrives nedenfor, og for sammenhæng skabt af horisontale og vertikale strukturer.

Der er ikke skelnet mellem forskellige faggruppers oplevelser, men på forhold, som gør sig gældende på tværs af faggrupper.

1.2 Læsevejledning

I det følgende sammenfattes primære indsigter fra eksisterende litteratur med fokus på sammenhængsudfordringer og – løsninger med udgangspunkt i de to delformål.

I kapitel 2 gives et overblik over de forhold, som udfordrer sundhedspersonales arbejde med at skabe sammenhæng i og samarbejde om patientforløb, der rækker over flere aktører, enheder og/eller sektorer.

I kapitel 3 gives et overblik over sundhedspersonales erfaringer med forskellige tiltag, der har haft til formål at udvikle og forbedre patientforløb, der forløber over forskellige sektorer, organisatoriske enheder eller professioner. I dette afsnit tages udgangspunkt i konkrete eksempler på indsatser inden for udvalgte kategorier.

I kapitel 4 afsluttes notatet med en oversigt over nogle af de forhold, der udpeges som potentielt understøttende for sundhedspersonalets arbejde med at skabe sammenhængende patientforløb.

Boks 1.1 Metode

Dette notat er baseret på gennemgang af litteratur, der omhandler sundhedspersonales erfaringer med at sikre sammenhæng i patientforløb både inden for afgrænsede organisatoriske enheder og på tværs af organisationer og sektorer. Der er ikke tale om et systematisk review baseret på internationale databaseafsøgninger, men en sammenfatning af hovedpointer fra dansk litteratur. Litteraturgennemgangen tager udgangspunkt i VIVEs egne publikationer af relevans for formålet, og herefter er der inddraget yderligere litteratur via sneboldssøgning og via søgning på forskere og forskningsmiljøer, der har arbejdet med samarbejde og sammenhæng. Der er ikke sat årstidsbegrænsning på den anvendte litteratur.

Der findes relativt meget litteratur, som belyser og problematiserer sammenhæng i patientforløb set fra patienters perspektiv (se fx Johansen & Martin, 2021; Martin, 2010; Topholm & Martin, 2021). Fagpersoners opfattelse af, hvad der udfordrer sammenhængende patientforløb er ofte ikke den primære genstand for undersøgelser, men fremgår mere indirekte, fx i evalueringer af indsatser indført med henblik på at fremme samarbejde på tværs af sektorer. Her bliver det tydeligt, hvad der (stadig) er svært ift. sikre gode overgange og samarbejde mellem de mange aktører, der kan være involveret i patientforløb. Det er således primært denne type litteratur, som ligger til grund for de fremhævede pointer i kapitel 2.

I kapitel 3 er der taget udgangspunkt i litteratur med fokus på afprøvning af konkrete tiltag som har haft fokus på at skabe større sammenhæng i patientforløb, herunder implementering og afprøvning af tiltag med fokus på aftaler om samarbejde (fx forløbsprogrammer), koordinering af overgange (fx udskrivningsforløb), organisationsændringer, og afprøvning af nye rammer for styring.

2 Hvad opleves som barrierer for sammenhæng?

I dette afsnit gives et overblik over de væsentligste forhold, som i litteraturen fremhæves som hhv. udfordrende for sundhedspersonales bestræbelser på at skabe sammenhæng i patientforløb, der rækker over flere aktører, enheder og/eller sektorer. Her peger litteraturen på en række faktorer som afstedkommer et behov for, og udfordrer bestræbelserne på at opnå sammenhæng (se fx Brorholt et al., 2018; Højgaard et al., 2018; Jacobsen & Jakobsen, 2014; Meier et al., 2016):

- *Organisering*, der ikke understøtter koordination og kommunikation mellem flere involverede parter.
- *Styring og incitament*, herunder forskellige rammer for faglig, juridisk og økonomisk styring blandt de involverede aktører, og incitament der understøtter opnåelse af målsætninger inden for egen organisatoriske ramme.
- *Uklare aftaler om arbejdsgange og opgavefordeling*, herunder også uoverensstemmelse mellem aktørers individuelle mål, og mellem aktørers individuelle mål og det samlede mål.
- *Lokale rammer og betingelser for samarbejde og koordinering*, herunder ressourcer blandt de involverede aktører, der kan modsvare den indsats, det kræver at opnå det fælles mål.

Disse faktorer udfoldes i det følgende.

2.1 Organisering som ramme for koordination og kommunikation

Der er bred enighed i litteraturen om, at den **specialiserede organisering** af sundhedsvæsenet udfordrer både sundhedspersonale og ledelsen i bestræbelserne på at skabe sammenhængende patientforløb (se fx Madsen et al., 2023). Derudover kræver det stigende antal kronisk syge og multisyge patienter involvering fra sundhedspersonale på tværs af sektorer, hvis indbyrdes ansvars- og opgavedeling kan skifte i takt med sygdomsudvikling (Sandberg Buch & Brehm Johansen, 2022). Konsekvensen er, at mange patientforløb strækker sig over flere organisatoriske enheder og sektorgrænser, som kræver koordinering og samarbejde. Komplexiteten i samarbejdsrelationer på tværs af patientforløbenes enkeltdele handler imidlertid ikke kun om antallet af involverede aktører. Fokus på accelererede og effektive forløb, eksempelvis

i form tidlig udskrivning af patienter fra hospital, stiller desuden krav til for koordinering og kommunikation mellem de involverede parter, som skal være præcis og falde på det rigtige tidspunkt inden for en ret snæver tidsramme (Madsen et al., 2018; Meier, 2015; Scheller, 2022).

2.2 Styring og incitament

For sundhedspersonale kommer den specialiserede organisering ikke bare til udtryk i form af mange samarbejdsrelationer, men også i en kompliceret samarbejdsstruktur bestående af potentielt mange parter med særskilte ressourcer og forskellige faglige og økonomiske incitamentsstrukturer (Buch et al., 2018; Holm-Petersen et al., 2014; Sandberg Buch & Petersen, 2017a; Wentzer et al., 2023). Nogle undersøgelser peger eksempelvis på, at andre dagsordner og udviklingsområder end 'sammenhæng' vurderes vigtigere og tager sundhedspersonalets tid (fx Madsen, 2019; Sandberg Buch & Petersen, 2017b). Andre undersøgelser peger på, at der opstår uenighed og/eller uklarhed om, hvordan den økonomiske byrde til opgaver, der ligger i grænsefladen mellem to parter skal fordeles (fx Wentzer et al., 2023). Desuden har undersøgelser peget på betydningen af de vurderingskriterier hver enkelt enhed bliver vurderet på, eksempelvis en hospitalsafdelings aktivitet og genindlæggelsesfrekvens, og som i højere grad bidrager til et fokus på intern optimering frem for optimering af de processer, som går på tværs af afdelinger (Madsen et al., 2020.; Waldorff & Madsen, 2023).

2.3 Uklare aftaler om opgave- og ansvarsfordeling

Relateret til ovenstående fremstår **uklare aftaler om arbejdsgange og opgavefordeling** - fx hvem der har ansvar for bestemte opgaver, hvornår og hvordan ansvar for patienter overdrages, samt hvordan og hvad der kommunikeres - som en barriere for at skabe effektive patientforløb, og også for at skabe patientforløb af god kvalitet (Sandberg Buch et al., 2015; Sandberg Buch, Jakobsen, et al., 2016; Sandberg Buch & Brehm Johansen, 2022; Vinge, 2018). Det går desuden igen, at der i tilfælde af mange samarbejdspartnere, kan være en udfordring for sundhedspersonalet at skabe overblik over handlemuligheder, sagsgange, og kontaktpersoner blandt disse samarbejdspartnere. Det fremhæves bl.a. af sundhedspersonale på sygehusafdelinger med snitflader til flere kommuner som er organiseret forskelligt (se fx Madsen et al., 2018), men også af sundhedspersonale, som skal samarbejde internt i egen organisation, men med flere forskellige teams eller enheder (Vinge, 2018). Der ses også eksempler på, at **uensartede standarder for behandlingsniveau** fx

forskellige forståelser på tværs af sundhedspersonale i forskellige sektorer af, hvornår en patient/borger er behandlingskrævende kan føre til usammenhængende forløb (Madsen et al., 2023; Sandberg Buch et al., 2016).

2.4 Lokale rammer for og prioritering af sammenhæng

Koordinering som forudsætning for at skabe sammenhængende patientforløb kan anskues som en praksis rammesat af formelle strukturer, fx faste møder til informationsdeling, håndtering af uklarheder mm, og en praksis der foregår ad hoc (Hauge et al., 2022; Madsen, 2015; Scheller, 2022). I forhold til formaliserede strukturer for koordination og samarbejde, så viser undersøgelser, at **manglende prioritering af og ressourcer til koordinerings- og samarbejdsopgaver** udfordrer arbejdet med at sikre gode overgange mellem involverede aktører. Eksempelvis viser undersøgelser, at begrænsede ressourcer (tid, personale etc.) til samarbejde på tværs af sektorer, organisatoriske enheder og fagligheder kan føre til at sundhedspersonale prioriterer de opgaver, der ligger inden for deres eget ekspertområde og egen organisatoriske enhed (Madsen et al., 2023; Sandberg Buch & Jakobsen, 2016). Heri kan både ligge en løbende, daglig prioritering af de mange opgaver, som sundhedspersonale forventes at løse (Sandberg Buch & Jakobsen, 2016) og fornævnte uklarhed om hvem der har et ansvar for opgaver i overgangene samt incitamentsstrukturer, der gør sig gældende. I forhold til ad hoc koordinering fremhæves fraværet af **velfungerende rammer for kommunikation** som barriere for sundhedspersonalets mulighed for koordinering og derved sammenhæng i patienters forløb. Det ses eksempelvis, hvordan kommunikationsteknologier, der ikke er implementeret ordentligt, ikke bruges som aftalt eller ikke passer med den måde arbejdet udføres på bliver en barriere fx for rettidig kommunikation (Madsen et al., 2016; Nielsen Hald et al., 2024; Sandberg Buch & Jakobsen, 2016). Andre undersøgelser peger på manglen på fælles, fysiske mødesteder, som en forhindring for løbende kommunikation omkring planlægning og prioritering af fælles opgaver (Sandberg Buch & Topholm, 2023).

Afslutningsvis er manglen på **rette kompetencer** blandt de forhold, som kan udgøre en barriere for sundhedspersonalets muligheder for at skabe sammenhængende forløb. Det fremhæves således i flere undersøgelser, hvordan **den kliniske kernekompetence** spiller en central rolle ift. at skabe sammenhæng i patientforløb, idet patienter eksempelvis risikerer at blive sendt ad unødvendige veje og omveje, og at henvisninger mm enten forsinkes eller bliver mangelfulde, når dem der laver de faglige vurderinger ikke har de rette kompetencer (Duvald, 2019; Johansen & Martin, 2021; Madsen et al., 2020, Madsen et al., 2018).

3 Sundhedspersonales erfaringer med konkrete tiltag

Sammenhæng i et organisatorisk beskrives i nogle publikationer, som en bevægelse over et kontinuum, der beskriver graden af økonomisk og organisatorisk integration fra sammenkædning (linkage) over koordination til fuld integration (Brorholt et al., 2018; Nørgaard & Vestergaard, 2014).

- *Sammenkædning* er den løbende, rutinemæssige og sekventielle interaktion mellem sundhedspersonale på tværs af organisatoriske skel og sektorskel, og som har bund i specifikke aftaler om fx kommunikation, henvisningspraksis og arbejdsdeling. Der er ingen økonomisk eller organisatorisk integration.
- *Koordination* handler om et mere styret fokus på patienters overgange mellem organisatoriske enheder ift. udvalgte dele af en behandling, fx forløbskoordination. Her er tale om mere bindende og formaliserede aftaler end det er tilfældet ved sammenkædning.
- *Fuld integration* handler om organisatorisk sammenlægninger, etablering af multidisciplinære teams og delte økonomiske ressourcer omkring patientgrupper med særlige behov (Ibid.).

I det følgende tages der udgangspunkt i dette kontinuum som ramme om gennemgangen af sundhedspersonalets erfaringer med konkrete tiltag, der har haft til formål at skabe mere sammenhængende forløb. Til sidst i kapitlet vil styringsrammers betydning for sammenhæng desuden berøres, om end det kun berøres i begrænset omfang i den fremsøgte litteratur.

3.1 Aftaler om samarbejde (*sammenkædning*)

Samarbejdet mellem forskellige parter involveret i patientforløb fungerer i mange tilfælde med udgangspunkt i den mere sekventielle organisering af et patientforløb, som kædes sammen af løbende kommunikation, henvisninger etc. (Brorholt et al., 2018). Det er påvist i mange studier, hvordan fagprofessionelle både anser det for vigtigt og også bruger en anselig mængde ressourcer i deres daglige arbejde på at sikre sammenhæng i patienters forløb i form af både formaliseret og ad hoc koordinering og kommunikation (Duvald, 2019; Madsen et al., 2023; Nielsen Hald et al., 2024; Scheller, 2022). Dette arbejde

er imidlertid ofte mere usynligt – også i incitamentsstrukturer – end det kliniske arbejde, som der søges at skabe sammenhæng imellem, og som beskrevet ovenfor også risikerer at træde i baggrunden, når tids- og ressourcepres bliver for store (se fx Duvald, 2019).

Litteraturen om tiltag, som har haft til formål at påvirke denne mere dagligdags/rutineprægede form for sammenhæng, der fungerer inden for eksisterende organisatoriske rammer, kan groft opdeles i to grupper. Den ene gruppe handler om betydningen af faste mødestrukturer, hvor der kan deles aktuel viden om fx specifikke patienter, belægningsgrad, fælles udfordringer og opgaver mm. Disse finder typisk sted i en afgrænset organisatorisk sammenhæng og med samarbejde omkring en afgrænset del af et patientforløb (fx internt samarbejde mellem hospitalsafdelinger), og med mulighed for at mødes fysisk. Flere undersøgelser peger på, at sundhedspersonale anser denne type møder på tværs af specialer eller fagprofessioner som et bidrag til bedre kommunikation, lettere henvisningsprocesser og øget gensidig forståelse (Madsen, 2019; Prætorius & Hasle, 2019). Undersøgelser viser dog også, at sundhedspersonalets opbakning til denne type møder er afhængig af om de opfatter dem som relevante, herunder at både de og patienterne får gavn af informationsdeling og de beslutninger der træffes på møderne (Madsen, 2019; Sandberg Buch et al., 2021).

Den anden gruppe af litteratur omhandler forskellige former for forløbsprogrammer, der rammesætter opgavefordeling og koordination omkring overgange mellem sektorer. Resultaterne herfra er blandede. Fra nogle forløbsprogrammer rapporteres om større kendskab til arbejdsvilkår og tilbud på tværs af sektorgrænser og oplevelse af klarere opgave- og ansvarsfordeling (Brørholt et al., 2018; Buch et al., 2013; Sandberg Buch & Brehm Johansen, 2022). Fra andre rapporteres om uændrede samarbejdsrelationer, som bl.a. tilskrives nogle hospitalers manglende kendskab til henvisningsmuligheder i kommuner, tillid til kvaliteten i opgaveløsningen i nogle kommuner, og at der har været lagt flere kræfter i at etablere egne tilbud end i at styrke samarbejdet på tværs af fx hospitaler og kommuner (Buch et al., 2015; Sandberg Buch et al., 2017; Sandberg Buch, Holm-Petersen, et al., 2016).

3.2 Fokus på overgange (*koordineret*)

Der findes i litteraturen en del eksempler på tiltag, der har haft fokus på at skabe bedre udskrivningsforløb i et samarbejde mellem hospital, kommune og almen praksis. Herunder hører etableringen af **funktioner med særligt koordineringsansvar** for patientforløb. Disse funktioner, herunder fremskudt visitation, følge-hjemordninger mm. er typisk etableret ifm. indlæggelse og udskrivelse af ældre og sårbare patienter, og bliver i flere undersøgelser fremhævet

som bidrag til mere sammenhængende forløb, og et styrket samarbejde mellem fx hospital og kommune (M. Madsen et al., 2016; Sandberg Buch et al., 2019; Sandberg Buch, Jakobsen, et al., 2016). Derudover er plejehjems-læger et eksempel på funktion, som allerede i en tidlig fase har vist sig at bidrage til bedre samarbejde mellem plejehjems-personale og almen praksis (Dohlmann Weatherall et al., 2012). Selvom disse typer tiltag kan kritiseres for kun at lappe på en grundlæggende struktur, som udfordrer ønsket om sammenhængende patientforløb, så fremhæver involveret sundhedspersonale alligevel, at de bidrager til løbende kommunikation mellem personale i hospital og kommuner, og større gensidigt kendskab til arbejdsforhold og muligheder på tværs af de to sektorer (se fx (Sandberg Buch, Jakobsen, et al., 2016)). Selvom det ikke i alle tilfælde kan påvises, at det påvirker mere hårde endemål, fx genindlæggelser (Sandberg Buch et al., 2019; Sandberg Buch, Jakobsen, et al., 2016), så oplever sundhedspersonale generelt at det giver bedre forudsætninger for at skabe mere sammenhængende forløb og mere trygge forløb for patienterne. Det fremgår dog også, at det kræver et eksplicit fokus på kommunikation og på aftaler om opgave- og ansvarsfordeling mellem dem der varetager de fremskudte funktioner, og det øvrige personale i både kommuner og på hospitaler (Madsen et al., 2016; Sandberg Buch et al., 2016).

Et andet eksempel på et forsøg med at skabe en mere koordineret indsats i overgangen fra hospitalsindlæggelse til eget hjem eller til kommunale plejetilbud er et **forsøg med tværsektorielle videomøder** afprøvet i Region Sjælland. Her var fokus på videndeling og kommunikation mellem sundhedspersoner fra forskellige sektorer i relation til udskrivelse af såkaldt skrøbelige ældre patienter, dvs. patienter med flere samtidige sygdomme, og behov for vedvarende hjælp fra både almen praksis, kommune og hospital (Wentzer & Høgsgaard, 2023). Videomøderne foregik imens patienten var indlagt og inddrog hospitalsansat læge, sygeplejersker og terapeut, patientens praktiserende læge og en kommunal visitator på et fælles videolink. En undersøgelse af dette konkrete forsøg viser, at der blandt alle parter er en oplevelse af at videomøderne gav bedre muligheder for koordinering, fordi man kunne stille spørgsmål til de andre parter, og ikke mindst få svar med det samme, samtidig med at man fik blik for de andre parters handlemuligheder, hvilket bidrog til gensidig forventningsafstemning og klarere mål for den enkelte patient. Videomøderne krævede dog eksplicit prioritering af ressourcer idet op til seks personer skal mødes samt der derudover skal udpeges en mødeleder, som står for planlægning forud for møderne, som kan stå for det praktiske omkring opsætning af video-udstyr mm, og som kan lede møderne, og sikre at alle perspektiver kommer frem (Ibid.). I andre undersøgelser beskrives forsøg med lignende videomøder ikke på samme måde som et bidrag til bedre kommunikation og mere koordination (Madsen, 2019). Dette tilskrives primært, at den patientgruppe, der var omdrejningspunkt for videomøderne var for bred, og at der i mange tilfælde ikke kom oplysninger frem, som parterne ikke kunne have fået på andre må-

der. I de tilfælde var sundhedspersonalets vurdering (dvs. hospitalsansat personale og praktiserende læger), at de ressourcer som de lagde i møderne ikke stod mål med udbyttet – hverken for dem eller patienterne. Derudover blev videomøderne først en realitet efter, at der blev etableret arbejds gange for at identificere patienter som kunne have gavn at være genstand for et videomøde, og forhandlet aftaler imellem hospital, almen praksis og kommuner om hvornår og hvordan møderne blev afholdt (Ibid.).

3.3 Nye organisatoriske enheder (*fuld integration*)

Der findes relativt lidt litteratur med fokus på samarbejde inden for kategorien *fuld integration*. Et eksempel er dog **tværfagligt organiserede enheder** rettet mod patienter med lidelser, der involverer forskellige specialer. I en undersøgelse af sammenhængende forløb for gigtpatienter, fremhæves fx Det Nationale Center for Autoimmune Sygdomme (NCAS) (Madsen et al., 2023). NCAS' formål er at forbedre ambulans behandling for patienter med mindst to autoimmune sygdomme¹, og som har forløb i forskellige specialer. I centret er tilknyttet speciallæger indenfor specialerne reumatologi, dermatologi og gastroenterologi, og der er også tilknyttet en diætist, en psykolog og en socialrådgiver. Der arbejdes derfor tværdisciplinært omkring den enkelte patient, og det tilknyttede sundhedspersonale fremhæver en værdi i denne samarbejdsmodel i form af bedre intern kommunikation og koordinering af behandlingsvalg, og at antallet af kontaktpunkter reduceres for den enkelte patient (Ibid.). Der er i dette eksempel tale om tilbud til en velafgrænset patientgruppe med behov for en relativt ensartet kombination af specialistkompetencer, en enhed som ikke overskrider sektorgrænser, og en enhed der er relativt lille og med sundhedspersonale, der deler en faglig interesse og lyst til at arbejde tværdisciplinært. Sundhedspersonalet i NCAS fremhæver selv disse forhold, som betydningsfulde for, at denne konstruktion kan fungere (Madsen et al., 2023).

I andre undersøgelser af forsøg med at nedbryde specialegrænser peges der i højere grad på, at eksisterende strukturer for samarbejde, koordination og kommunikation i større eller mindre grad fastholdes. I nogle af forsøgsprojekterne vedrørende Værdibaseret Styring, hvor der indgik organisationsændringer, var der et relativt stærkt pres fra sundhedspersonalet (særligt lægerne) på at bevare den eksisterende specialeopdeling, fordi den blev anset for at være afgørende for at kunne levere behandling af høj kvalitet. Selvom sundhedspersonalet i udgangspunktet anså sammenhængende forløb for at være en værdi, så vægtede de i praksis faglig kvalitet højere (Madsen et al., 2020; Waldorff & Madsen, 2023). Reorganiseringer alene er således ingen garanti for

¹ Psoriasis, Hidrosadenitis Suppurativa, Rygsøjlegigt, Psoriasisgigt, Colitis ulcerosa og Morbus Crohn

mere sammenhængende forløb selv inden for relativt afgrænsede dele af et patientforløb.

Psykiatriens Hus i Silkeborg er et eksempel på en enhed, der er etableret på tværs af sektorer, og med afsæt i et fælles formål om at modvirke udflytningen af lokale psykiatriske tilbud (Væksthus for Ledelse, 2014). Der er her tale om et tværgående samarbejde om akutte psykiatriske døgnpladser på tværs af behandlings- og socialpsykiatrien. Psykiatriens Hus er en fysisk samlet enhed, hvor både regionalt og kommunalt ansatte arbejder, og hvor der også er lykket at etablere en fælles tværsektoriel ledelse, der er ansvarlig for drift, fælles udviklingsplaner etc. Det er lykkedes over tid at skabe en fælles kultur, procedurer og fælles retningslinjer, som ifølge opgørelser har bidraget med færre indlæggelser og genindlæggelser sammenlignet med andre kommuner (Ibid).

3.4 Styringsrammer

Selvom, der eksisterer styringsrammer, der i nogen grad fokuserer på sammenhængende patientforløb (se fx Højgaard et al., 2018), så har der også været kritik af, at et begrænset fokus på de ydelser, som sikrer effektive og sammenhængende forløb på tværs af sektorer (Madsen, 2019). Værdibaseret Styring (senere: Værdibaseret Sundhed) som blev afprøvet på flere danske hospitaler havde som et af flere formål at skabe fokus på patienters samlede forløb, og på at skabe fælles mål for patienters forløb på tværs af sektorgrænser (Ibid). Der var tale om en række lokale forsøg, hvor hospitaler og hospitalsafdelinger skulle eksperimentere med at lave bedre patientforløb til gavn for den enkelte patient. Et greb var at fjerne aktivitetshonoreringen på de udvalgte enheder og erstatte det med fast årligt honorar. Dette viste sig imidlertid at være mindre effektivt i relation til det tværsektorielle arbejde, idet samarbejdspartnere uden for 'test-organisationen' arbejdede inden for en uændret økonomisk styringsramme. Desuden var samarbejdspartnerne ikke udpeget som direkte del af afprøvningen, og de var derfor ikke påvirket af samme politiske og ledelsesmæssige pres (Madsen, 2019; Madsen et al., 2020). Internt opstod der dog muligheder for at arbejde på tværs af organisatoriske skel, og på at udvikle nye samarbejdsflader og ændrede arbejdsgange med fokus på hele frem for dele af patientforløb. Det er dog ikke helt tydeligt om dette var et resultat af den ændrede økonomiske styringsramme eller et øget fokus på de udpegede organisatoriske enheder i projektperioden (Ibid.).

Styringsrammer kan også være de kvalitetsmål og kvalitetsstandarder som er gældende for et givent område. På nær kræftpakkerne er det svært at finde reel viden om, hvordan denne type styringstiltag kan præge til mere samarbejde og sammenhæng. Kræftpakkerens fokus fx på ventetid og ret faste krav

til udrednings- og behandlingsforløbene på tværs af de involverede aktører udpeges som en af nøglerne bag successen med at sikre forløb effektive forløb helt fra almen praksis til udredning og behandling. Det var en tydelig og ufravigelig ramme, der gjaldt alle involverede. Dertil kom tilførsel af ressourcer og et stærkt ledelsesfokus samt politisk fokus (Hauge, 2018; Vinge et al., 2012).

4 Forhold, som understøtter sammenhæng

Der har fra strukturkommissionens side også været et ønske om at pege på eksisterende rammer og strukturer for sundhedspersonalets arbejde, som bidrager til sammenhæng på en positiv måde. Fokus i litteraturen bag dette notat er de forhold (som skitseret i kapitel 2), der modarbejder sundhedspersonalets intentioner om at bidrage til sammenhængende patientforløb, og dernæst på sundhedspersonalets erfaring med konkrete tiltag rettet mod samarbejde, koordination, kommunikation etc. (som skitseret i kapitel 3).

På tværs af den fremsøgte litteratur fremgår en række forhold, som udpeges som understøttende for sundhedspersonales arbejde med at skabe sammenhængende forløb. Disse er typisk ikke sundhedspersonalets egne vurderinger, men mere analytiske perspektiver på, hvad der har påvirket et konkret forsøg på at skabe mere sammenhængende patientforløb i enten positiv eller negativ retning. Disse er listet i boks 3.1.

Boks 4.1 Forhold der kan påvirke forsøget på at skabe mere sammenhængende patientforløb

- Forankring af samarbejde som udviklingsområde på ledelsesniveau/beslutningstagerniveau, idet ledelse/beslutningstagere kan påvirke rammer/vilkår for kommunikation, koordinering etc. (fx Brorholt et al., 2018; Sandberg Buch, Jakobsen, et al., 2016; Sandberg Buch & Petersen, 2017b)
- Arbejdet med at skabe sammenhæng skal opleves som relevant for både for patienter og for sundhedspersonalet (fx Brorholt et al., 2018; Holm-Petersen et al., 2014)
- Samarbejdsaftaler (kommunikation, opgave- og ansvarsfordeling) som er tilpasset den organisatoriske, økonomiske og regulatoriske kontekst, som den skal fungere i (fx Brorholt et al., 2018).
- Fælles mål, gensidigt kendskab til hinandens tilbud og handlemuligheder samt gensidig tillid og respekt mellem involverede parter (fx Sandberg Buch & Brehm Johansen, 2022; Sandberg Buch & Jakobsen, 2016).
- Eventuelle koordinatorfunktioner som er givet tydelige rammer for deres arbejde, og der skal generelt dedikeres tid og rum (fx faste fælles møder) til arbejdet (fx Sandberg Buch & Petersen, 2017b).
- Mulighed for kommunikation og vidensdeling mellem de involverede parter enten via kommunikationsteknologier (fx Madsen et al., 2016; Sandberg Buch & Brehm Johansen, 2022; Sandberg Buch & Jakobsen, 2016) eller via understøttende mødestrukturer og fysiske rammer (fx Brorholt et al., 2018)
- Afklaring af, hvordan økonomiske byrder og gevinster deles (fx Brorholt et al., 2018; Madsen et al., 2018; H. Wentzer et al., 2023)
- Tilstedeværelse og anvendelse af data, som kan bidrage til at udpege områder med særlige sammenhængsudfordringer, patientgruppens behov og relevante indsatser (fx Brorholt et al., 2018; Sandberg Buch & Brehm Johansen, 2022)

Det er værd at bemærke at disse faktorer ikke handler om sundhedsvæsenets struktur i form af tegningen af et ny organisationsdiagram, en ny sektorinddeling eller nye styringsmæssige rammer. Der er nærmere tale om anbefalinger

rettet mod *koordinering* og *sammenkædning*, dvs. de to mindst omsiggribende modeller for sammenhæng, jf. det sammenhængskontinuum, der er beskrevet i kapitel 4. Dette kan hænge sammen med at mange af de undersøgelser, som der henvises til i det ovenstående omhandler afgrænsede forsøg med eller implementering af tiltag, som afprøves i de eksisterende rammer og strukturer. Undersøgelsernes formål har ikke været at afsøge konsekvenserne og udbyttet af at ændre på grundlæggende strukturer og rammer, men søge nye måder af samarbejde, koordinere, kommunikere etc. inden for de eksisterende. Omvendt er det ikke muligt at forestille sig et sundhedsvæsen med så relativt kompliceret organisering, hvor der ikke vil være grænser, som sundhedspersonale skal samarbejde over (Mintzberg, 1980). Flere af de listede anbefalinger er derfor formentlig relevante uanset de grundlæggende strukturer og rammer. Meier et al fremhæver eksempelvis, at der vil være brug for ledelse for at udfylde nye rammer (Meier et al., 2016), og en lignende pointe fremgår også i en oversigt over modeller for samarbejde der går på tværs af specialer og sektorer (Brorholt et al., 2018). Her fremhæves det, at de bedste forandringsprocesser typisk ses, når det har været muligt at tilpasse samarbejdsstrukturer til der hvor de skal fungere lokalt, hvilket både kræver ledelsesforankring, en opmærksomhed på de muligheder og begrænsninger, der er ift. at udvikle et mere sammenhængende forløb og etablering af gode relationer både blandt ledere og medarbejdere, som afsæt for at etablere en samarbejdskultur (Brorholt et al., 2018).

➤ **Dokumentation**

Litteratur

- Brorholt, G., Buch, M. S., Flensburg Jensen, M. C., & VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd. (2018). *Sammenhæng i patientforløb: hvilke modeller og anbefalinger er der, og hvordan kan de bruges i praksis?* Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Buch, M. Sandberg., Holm-Petersen, Christina., Hansen, E. B., & Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning. (2013). *Status for Region Hovedstadens forløbsprogrammer for kronisk obstruktiv (KOL) og type 2-diabetes: evalueringer af programmernes implementering i udførende led.* Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- Buch, M. S., Jensen, M. C. F., & Brorholt, G. (2018). *Sammenhæng i patientforløb: Hvilke modeller og anbefalinger er der, og hvordan kan de bruges i praksis?* VIVE.
- Buch, M. S., Odense Kommune, Region Syddanmark, & Praktiserende Lægers Organisation. (2015). *Integrated Care-modellen: indsatsen målrettet ældre medicinske patienter: et samarbejde mellem Odense Kommune, Region Syddanmark og Praktiserende Lægers Organisation.* KORA - Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- Dohlmann Weatherall, C., Hesselberg Lauritzen, H., Toft Hansen, A., & Termansen, T. (2012). *Evaluering af "Fast tilknyttede læger på plejecentre". Et pilotprojekt.*
- Duvald, I. (2019). Exploring reasons for the weekend effect in a hospital emergency department: an information processing perspective. *Journal of Organization Design, 8*(1). <https://doi.org/10.1186/s41469-019-0042-0>
- Grøn L., Vang, S. & Mertz, M. K. H. (2009). *Den kroniske patient - Nærbilleder af livet med kronisk sygdom.* Dansk Sundhedsinstitut.
- Guthrie, B., Saultz, J. W., Freeman, G. K., & Haggerty, J. L. (2008). Continuity of care matters. *BMJ, 337*, 548–549.
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & Mckendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ, 327*, 1219–1221.

- Hauge, A. M. (2018). *Kræftudredning uden for kræftpakkerne : analyse: hvordan fungerer udredningen i almen praksis og i diagnostisk pakkeforløb?* VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Hauge, A. M., Bjørnholt, B., & Bech, M. (2022). *Laegelig ledelse Inspirationskatalog: Hvordan hospitalerne kan styrke deres laegelige ledelse med OK21.* www.vive.dk
- Højgaard, B., Kjellberg, J., & Bech, M. (2018). *Den statslige styring af det regionale sundhedsområde : analyse af centrale instrumenter.* VIVE - Det nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Højgaard, B., Kjellberg, J., & Bech, M. (2018). *Den statslige styring af det regionale sundhedsområde : analyse af centrale instrumenter.* VIVE - Det nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Holm-Petersen, Christina., Buch, M. Sandberg., & Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning. (2014). *Litteratur om ledelse af samarbejde på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet.* KORA.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2023). *Sundhedsstrukturkommissionens kommissorium.*
- Jacobsen, C. B., & Jakobsen, M. L. F. (2014). Offentlig styring og koordination. In J. Bolm-Hansen, P. M. Christiansen, T. Pallesen, & S. Serritzlew (Eds.), *Offentlig forvaltning - et politilogisk perspektiv* (1. udgave, 1. oplag, pp. 52–77). Hans Reitzels Forlag .
- Johansen, M. B., & Martin, H. M. (2021). *De mange veje til en lungefibrosediagnose: En kvalitativ undersøgelse af udredningsforløb for patienter med autoimmun gigtsygdom, der bliver diagnosticeret med lungefibrose.* VIVE.
- Væksthus for Ledelse. (2014). *Ledelse over grænser erfaringer med tværsektoriel ledelse i sundhedsvæsenet.*
- Madsen, M. (2015). *Emerging and Temporary Connections in Quality Work An Ethnographic Study of Quality Coordinator Work in two Danish Hospital Departments* (PhD Series 39.2015). Copenhagen Business School.
- Madsen, M. (2019). *Værdibaseret styring på Bornholms Hospital.* VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Madsen, M., Brandhøj Wiuff, M., Boll Hansen, E., & Artmann Kristensen, T. (2016). *Følge hjem- og ringe hjem-ordningerne i Region Hovedstaden.* KORA.

- Madsen, M., Brehm Johansen, M., Cramer Jensen, D., Vixø, K., Pedersen, L., & Horne Fischer, R. (2023). *Udredning og behandling af gigt : en undersøgelse af sammenhæng i gigtpatienters udrednings- og behandlingsforløb*. VIVE.
- Madsen, M. H., Larsen, A. T., & Kjellberg, J. (n.d.). *Værdibaseret Sundhed i Rigshospitalets Center for Hjerte-, Kar-, Lunge-og Infektionssygdomme Evaluering af Region Hovedstadens forsøg med værdibaseret sundhed i en højt specialiseret hospitalsenhed*. www.vive.dk
- Madsen, M., Strandby, M., & VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd. (2018). *Akutmodtagelserne i Danmark : forudsætninger, udfordringer og fremtidige pejlemærker : rapport*. Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Martin, H. M. (2010). *Er der styr på mig? Sammenhængende patientforløb fra patientens perspektiv*. Dansk Sundhedsinstitut.
- Meier, N. (2015). Collaboration in healthcare through boundary work and boundary objects. *Qualitative Sociology Review*, 11(3), 60–82. <https://doi.org/10.18778/1733-8077.11.3.05>
- Meier, N., Vestergaard, M., & Østergaard, S. (2016). *Ledelse på tværs. Kunsten at skabe sammenhængende patientforløb*.
- Mintzberg, H. (1980). Structure in 5's: A synthesis of the research on organization design. *Management Science*, 26(3).
- Nielsen Hald, A., Bech, M., Enemark, U., Shaw, J., & Burau, V. (2024). "Trying to patch a broken system": Exploring institutional work among care professions for interprofessional collaboration. *Journal of Professions and Organization*, 1–14.
- Nørgaard, B., & Vestergaard, S. (2014). *Integrated Care : litteraturgenmang : arbejdsrapport*.
- Prætorius, T., & Hasle, P. (2019). Frontline meetings as support for cross-boundary coordination in hospitals. *Journal of Health Organization and Management*, 33(7–8), 884–901. <https://doi.org/10.1108/JHOM-10-2018-0312>
- Sandberg Buch, M., & Brehm Johansen, M. (2022). *Udvikling af samarbejdsmodeller på tværs af sektorer for mennesker med type 2-diabetes : vidensopsamling fra tre udviklingsprojekter*. VIVE.

- Sandberg Buch, M., Holm-Petersen, C., & Boll Hansen, E. (2016). *Evaluering af Region Hovedstadens implementering af forløbsprogram for hjerte-kar-sygdomme*. KORA.
- Sandberg Buch, M., Holm-Petersen, C., & Boll Hansen, E. (2017). *Evaluering af Region Hovedstadens implementering af forløbsprogram for lænderygledelser*. KORA.
- Sandberg Buch, M., Holm-Petersen, C., Brehm Johansen, M., & Sall Jensen, M. (2021). *Evaluering af Pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser: status for pilotafprøvningens aktiviteter samt fagpersoner og patienters erfaringer og fremadrettede perspektiver*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Sandberg Buch, M., Ibsen, R., & Kjellberg, J. (2019). *Tværgående akutfunktion mellem Esbjerg Kommune og Sydvestjysk Sygehus Organisering, oplevede resultater, effekter og økonomi*. www.vive.dk
- Sandberg Buch, M., & Jakobsen, M. (2016). *Evaluering af indsats for forløbskoordination - slutstatus for regionale og kommunale aktiviteter og resultater*. KORA.
- Sandberg Buch, M., Jakobsen, M., Kolodziejczyk, C., & Ladekjær, E. (2016). *Evaluering af indsats for forløbskoordination - erfaringer med fremskudt visitation i fire kommuner*. KORA.
- Sandberg Buch, M., & Petersen, A. (2017a). *Model for koordinerende indsatsplaner og tilhørende koordinatorfunktioner*. KORA.
- Sandberg Buch, M., & Petersen, A. (2017b). *Model for koordinerende indsatsplaner og tilhørende koordinatorfunktioner*. KORA.
- Sandberg Buch, M., Thygesen, P., & Schepelern Johansen, K. (2015). *Tværspektorielt samarbejde omkring mennesker med ikke psykotisk sindslidelse og misbrug*.
- Sandberg Buch, M., & Topholm, E. (2023). *Evaluering af pulje til faste, tværfaglige og selvstyrende teams i ældreplejen - midtvejsrapport*. VIVE.
- Scheller, V. K. (2022). Temporal patient trajectories: long stories in short admissions. *Journal of Health Organization and Management*, 36(1), 69–86. <https://doi.org/10.1108/JHOM-09-2020-0355>

- Seeman, J., Gustafson, J., Axelson, R., Axelson, S. B., Antoft, R., & Fredens, M. (2015). *På vej mod en ny ledelsesorganisation. Rapport fra et følgeforskningsprojekt på Aalborg Universitetshospital*. Aalborg Universitet.
- Topholm, E. H.-E., & Martin, H. M. (2021). *Beretninger om livet med inflammatorisk gig: En interviewundersøgelse*. VIVE.
- Væksthus for Ledelse. (2022). *Skab sammenhæng for borgerne. Ny inspiration til tværgående ledelse*.
- Vinge, S. (2018). *Kompleksitet i den kommunale hjemmepleje : analyse af sygeplejerskernes perspektiv på kompleksitet i sygeplejen : rapport*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for velfærd.
- Vinge, S., Rahbæk, A. E., Albæk, J., & Martedal, A. (2012). *Erfaringer med kræftpakker : Fra intentioner til implementering i praksis*. DSI.
- Waldorff, S. B., & Madsen, M. H. (2023). Translating to Maintain Existing Practices: Micro-tactics in the implementation of a new management concept. *Organization Studies*, 44(3), 427–450.
<https://doi.org/10.1177/01708406221112475>
- Wentzer, H., Brehm Johansen, M., & Ruge, M. (2023). *Erfaringer med frem-skudt akutfunktion på kommunale sengepladser i eHospitalet : et beslutningsstøtteredskab til kommunalt partnerskab med Det Nære Sundhedsvæsen, Region Sjælland*. VIVE.
- Wentzer, H. S., & Høgsgaard, D. (2023). *Tværasektorielle videomøder om den ustabile patient En drejebog til at gennemføre virtuelle firepartsmøder om udvidet koordinering, 'V4M', mellem hospitalsindlagte ældre, pårørende, hospital, kommune og egen læge*.

VIVÉ

Bilag 15:

Speciallægepraksis, som en del af et moderne sundhedsvæsen. Et idépapir til Sundhedsstrukturkommissionen

Frank Ingemann Jensen og Leif Vestergaard Pedersen

Speciallægepraksis, som en del af et moderne sundhedsvæsen.

Et idépapir til Sundhedsstrukturkommissionen

Frank Ingemann Jensen og Leif Vestergaard Pedersen

Februar 2024

1. Indledning, baggrund og problemformulering

Speciallægepraksis udgør et særligt og et vigtigt element i det nære sundhedsvæsen.

Lægerne i almen praksis er speciallæger i det almene, og har i kraft af deres særlige rolle som frontlinjelæge og visitator brug for bistand fra speciallæger inden for andre specialer til diagnostik, rådgivning og behandling af deres patienter. Denne opgave løses af sygehusene og speciallægepraksis. De praktiserende speciallæger udgør som små effektive driftsenheder en god mulighed for at løse denne opgave i patienternes nærmiljø.

Praktiserende speciallæger har således i en arbejdsdeling med sygehusene mulighed for at løse en vigtig og væsentlig del af opgaverne inden for de enkelte specialer og dermed aflaste sygehusene og skabe specialiserede tilbud tæt på patienterne.

Der har måske været en tendens, at man i planlægningen lidt har overset mulighederne i speciallægepraksis, som en del af løsningerne for sundhedsvæsnets udfordringer.

Der er for sygesikrede i sikringsgruppe 1 krav om henvisning fra egen læge i forbindelse med undersøgelse og behandling i speciallægepraksis. Det er dog accepteret, at undersøgelse og behandling i øjenlægepraksis og øre-næse-halspraksis kan ske uden henvisning.

Der findes praktiserende speciallæger inden for de fleste specialer. Der er dog store forskelle imellem disse med hensyn til antal praksis/læger, opgaver samt i deres betydning i sundhedsvæsenet økonomisk og funktionsmæssigt.

Geografisk er der også store forskelle i dækningen med speciallægepraksis. Der er af historiske grunde forholdsvis mange praktiserende speciallæger i Nordsjælland/Region Hovedstaden. Omvendt er der meget færre praktiserende speciallæger i udkantsområder. Befolkningen er her henvist til at få undersøgelse/behandling på hospitalet eller tage til én af de større byer – hvis der er speciallæger her. Når der er få speciallæger i dele af landet, kan det skyldes dels et ønske om at begrænse udgifterne ved at begrænse kapaciteten – men også at der skal være et patientgrundlag af en vis størrelse for, at det er rentabelt at drive en speciallægepraksis. Derfor vil speciallægepraksis oftest være at finde i de større byer. Endelig kan forklaringen være at hospitalets kapacitet er tilstrækkelig til at dække behovet.

Indenfor flere specialer er der et overlap imellem funktioner og tilbud i specialepraksis og i sygehusenes ambulante specialelægetilbud, som det er vigtigt at have fokus på.

Det har været almindeligt - især på den regionale side - at tale om, at der er praksisrelevante specialer og mindre eller ikke-praksisrelevante specialer. Et sådant begreb er naturligvis vanskeligt at definere konsistent, men vi har alligevel tænkt, at det var nyttigt at give vores subjektive bud på en opdeling af specialer efter praksisrelevans, da det er et godt redskab til at beskrive principper for kapacitetsplanlægning og arbejdsdeling i forhold til sygehusenes tilbud. Med begrebet forsøges det at sige noget om specialernes generelle egnethed i forhold til at blive drevet i praksissektoren.

Vores bud på en opdeling af specialer efter praksisrelevans:

- a) **Praksisrelevansgruppe a:** Meget praksisrelevante specialer. Otologi, oftalmologi og dermatologi (øre- næse-halslæger, øjenlæger og hudlæger). Disse specialer er i "særklasse" praksisrelevante, hvilket skyldes følgende 4 forhold: Der er mange patienter. Kompetenceniveauet på disse områder er generelt relativt begrænset i almen praksis. Der er meget få sygehusafdelinger- og dermed ambulante sygehus tilbud. Specialerne egner sig i høj grad til ambulante behandling.
- b) **Praksisrelevansgruppe b:** Praksisrelevante specialer, hvor speciallægepraksis udgør et vigtigt supplement til sygehusenes ambulante speciallægetilbud. Psykiatri, gynækologi, neurologi, reumatologi, ortopædkirurgi, anæstesiologi (bistand til otologer).
- c) **Praksisrelevansgruppe c:** Specialer, som er praksisrelevante, men som almindeligvis ikke udgør et afgørende supplement til den sygehusbaserede ambulante speciallægebetjening; Intern medicin, kirurgi, pædiatri, børnepsykiatri. Samt specialer, som ikke er specielt praksisrelevante. F.eks. patologi, røntgen, plastikkirurgi og andre specialer.

Der er en række fordele ved speciallægepraksis:

- Der er en god mulighed for kontinuitet for patienten, idet patienten ser den samme speciallæge ved hver konsultation.
- Generelt vil selvejersystemet og akkordaflønningsystemet betyde, at arbejdet i praksis er typisk er tilrettelagt meget effektivt og produktivt – hvilket også hænger sammen med graden af rutinearbejde i speciallægepraksis.
- Speciallægepraksis er også en god mulighed for at få speciallægebetjening på et højt fagligt niveau lokalt.
- Patienterne vil ofte opleve en god service. Behandling i speciallægepraksis kan i nogen tilfælde opleves af patienterne som mindre sygeliggørende end behandling i sygehusregi.

Der er også ulemper ved speciallægepraksis.

- Speciallægerne arbejder typisk alene uden kolleger. Hvis lægen ikke er meget opmærksom, er der her en risiko for faglig isolation, hvilket kan indebære, at lægens kompetencer ikke længere er på det ønskede niveau – og at lægen ikke selv er opmærksom på dette. Der kan også være læger, der bevidst søger faglig isolation og derfor vælger speciallægepraksis.
- Det er ikke altid helt klart beskrevet og kendt, hvad opgaven for en praktiserende speciallæge faktisk er. De funktioner, der bliver varetaget, kan derfor i høj grad blive præget af den konkrete læges interesseområder og vurderinger af rentabilitet samt af lokale traditioner for arbejdsdeling.
- Akkordaflønningen i form af ydelseshonorarlisten kan give anledning til problemer. Det er svært at beskrive tidsforbrug og omkostninger i de enkelte aktiviteter i ydelseshonorarer. De enkelte honorarer er fastsat ud fra gennemsnits- og normalsituationer, som kan betyde, at honoreringen i nogle praksis, som har tilrettelagt en særlig effektiv arbejdsgang, kan blive for høj.
- Ydelseshonoreringen giver også incitament til at give meget korte konsultationer, og incitament til at tilrettelægge meget tidsmæssigt og honorarmæssigt optimerede arbejdsgange, som ikke nødvendigvis er til patientens fordel. Selvom fagligheden er i orden, kan det også gå for stærkt af hensyn til en ordentlig patientoplevelse og - service.

FAS og RTLN skal have meget ros for at have skabt en meget moderne sygesikringsoverenskomst. Overenskomstparterne har igennem flere år aftalt en lang række af forbedringer og nyskabelser i overenskomsten, som har betydet et godt og konstruktivt samarbejde mellem parterne og en udvikling af området. Der skal her nævnes et meget konstruktivt samarbejde om akkreditering, et systematiseret arbejde med faglige

moderniseringer og ajourføringer inden for de enkelte specialer, tilvejebringelse af kvalitetsdata samt understøttelse af forskning og efteruddannelse.

Overenskomsten beskriver de overordnede mål og visioner for udviklingen i speciallægepraksis, herunder:

- Alle borgere skal opleve mere nære tilbud og lettere adgang til specialiseret hjælp
- Alle borgere skal have lige muligheder for at modtage specialiseret hjælp i hele landet
- Der skal skabes ét samlet sundhedsvæsen, hvor de forskellige led understøtter hinanden, og hvor informationerne følger patienterne
- Der skal leveres mest mulig sundhed for pengene og skabes et bæredygtigt sundhedsvæsen, som kan rumme fremtidens udfordringer.

Parterne lægger stor vægt at se speciallægepraksis, som et vigtigt og ikke mindst integreret element i vores sundhedsvæsen.

Selvom speciallægepraksisområdet således på mange måder er på et rigtigt spor, kan der peges på 7 fokusområder:

- Kapacitetsplanlægning.
- Organisering af praksis.
- Opgavebeskrivelsen. Der bør være større klarhed over opgaverne i speciallægepraksis og arbejdsdelingen i forhold til almen praksis og sygehusenes ambulante tilbud.
- Løsning af kvalitetsproblemer og indførelse af faglig ledelse.
- Løsning af problemer, som er afledt af ydeshonoreringen.
- Kontrol.
- Kompetence og det paritetiske princip.

Vi vil i det følgende pege på ideer og forslag til en fortsat udvikling af mulighederne i speciallægepraksis. Hensigten er at fortsætte udviklingen henimod et sundhedsvæsen, hvor patienten og fagligheden er i centrum, og hvor fagpersonerne i samarbejde finder ud af, hvordan arbejdsdelingen imellem dem bør være ud fra faglige kriterier og hensynet til patienten, og hvor fagpersonerne også finder ud af, hvordan de skal samarbejde og støtte hinanden i at give patienterne en god og sammenhængende behandling. I denne sammenhæng bør speciallægepraksis spille en vigtig og integreret rolle. Nøgleordene for vores forslag er koordineret planlægning, ledelse og understøttelse af det faglige samarbejde.

2. Kapacitetsplanlægningen - Dækningen med praktiserende speciallæger

Tildelingen af nye ydernumre sker på baggrund af den regionale planlægning.

Inden for oftalmologi, otologi og dermatologi (**praksisrelevansgruppe a**) bør planlægningen af kapaciteten ske på en måde, der minder om planlægningen af almen praksis. Der bør være en jævn og tilstrækkelig dækning med praksis planlagt ud fra en vurdering af patientunderlag, afstande og demografi, så det tilstræbes, at befolkningen i hele regionen har adgang til hjælp inden for rimelig afstand og med en rimelig ventetid.

Inden for speciallægerne i **praksisrelevansgruppe b** bør antallet og placeringen af praksis ses i tæt sammenhæng med kapaciteten inden for den sygehusbaserede ambulante speciallægebetjening, idet opgaverne i vidt omfang kan løses begge steder.

Af væsentlige forhold, der kunne være af betydning for arbejdsfordelingen mellem sygehusafdeling og speciallægepraksis, og som taler for, at behandlingen bør foretages i sygehusregi, er:

- Maligne lidelser bør varetages af sygehus
- Behov for assistance fra andre specialer før, under og efter en given behandling (røntgen, laboratorium, medicin, tilsyn etc.)
- Behandlingskompleksiteten er høj. Det kan være forhold ved selve behandlingen, som gør, at der er brug for særlige kundskaber eller specialviden, som generelt ikke findes i praksis
- Sjældne lidelser, hvor hensynet til rutine og ekspertise gør, at det er nødvendigt at samle behandlingen

- Når behandlingen ikke kan foregå i praksis, idet der er brug for professionel observation af patienten over længere tid
- Uddannelsesaspektet. Sygehusafdelinger skal kunne uddanne speciallægerne
- Opretholdelse af driftsgrundlag for sygehusafdelingerne
- Relativt sjældne undersøgelser og behandlinger, som kræver særligt og omkostningstungt udstyr.
- Der vil formentlig være opgaver, som ikke er omfattet af ovenstående forhold, og som i dag varetages af sygehusene, som fremover ville kunne varetages af speciallægepraksis.

Arbejdsdelingen bør desuden baseres på en vurdering af økonomi sammenholdt med kvalitet for de enkelte ydelser og behandlinger samt betydningen for det samlede patientforløb.

Der bør inden for hvert speciallægeområde udarbejdes visitationsvejledninger til almen praksis, som afspejler en faglig konsensus mellem almen praksis, speciallægepraksis og sygehusene om hvor opgaverne bør løses af hensyn til patienterne, LEON- princippet og de ovenfor anførte elementer.

Her er givet et eksempel inden for gynækologi, som er lånt fra Region Syddanmark:

Boks 1

Diagnoser/gynækologiske-obstetriske lidelser der i udgangspunktet skal henvises til behandling i speciallægepraksis (ikke prioriteret rækkefølge)

Følgende skal i udgangspunktet udelukkende henvises til gynækologipraksis

- Medicinske aborter op til gestationsuge 8+6
- Patienter med gentagne aborter
- Kroniske smerter: Udredning og behandling (akutte smerter henvises til de gynækologiske afdelinger)
- Simpel fertilitetsbehandling, hormonstimulation og insemination (IUI) (såvel heterolog som donor)
- Graviditet: Terminsbestemmelse
- Nedsunken underliv med behov for ring sendes til speciallægepraksis.

Henvises til gynækologipraksis eller sygehusafdeling

- Spiralanlæggelse – Hvor egen læge ikke kan lægge spiralen op pga. særlige forhold (kompliceret forhold i underlivet og kvinder der ikke har født).
- Dysplasi på livmoderhalsen: Udredning, nærmere diagnosticering, behandling og kontrol af celleforandringer (Celleskrab (cervix cytologi) foretages af almen praksis)
- Keglesnitsoperationer
- LichenSclerosus et atrophicus
- Fertilitetsbehandling
- Underlivskræft arvelig – kendt i familien.

Opgavevaretagelse for almen praksis og kriterier for viderehenvisning til Speciallægepraksis eller sygehusafdeling

- Almen praksis forestår alle gynækologiske screeningsundersøgelser, klamydiaundersøgelser mv.
- Urininkontinens - Udredning og behandling
- Klimakterie - Udredning og behandling
- Spiral – Opsætning og fjernelse (ukompliceret, som prævention og ved behandling af blødningsforstyrrelser)

Herefter følger en beskrivelse af kriterier for viderehenvisning.

Hvis man anvendte sådanne planlægningsprincipper for arbejdsdeling mellem lægerne i almen praksis, speciallægepraksis og sygehus ville man formentlig komme frem til, at der for disse specialer i dele af landet er "for mange" praktiserende speciallæger og i andre dele af landet for få.

I vores notat af 28. september 2023 om almen praksis er beskrevet et forslag om funktionsbærende enheder bygget op omkring akutsygehusene og med ansvar for sygehusdrift og praksissektoren. Vi forestiller os speciallægepraksis, som en del af disse funktionsbærende enheder.

For alle dele af landet – og med udgangspunkt i de enkelte funktionsbærende enheder – og alle relevante specialer bør der laves ovenstående faglige gennemgang/beskrivelse med inddragelse af geografiske forhold (herunder patienternes adgang til speciallægedækning) med henblik på at sikre en rimelig dækning/adgang til speciallægehjælp.

En sådan mere behovsbaseret dækning af praktiserende speciallæger vil formentlig indebære at Region Hovedstaden skal afvikle ydernumre til gengæld for oprettelse af ydernumre andre steder i landet. Der bør sikres en forpligtelse til at en sådan planlægning gennemføres og de deraf følgende konsekvenser gennemføres – idet der dog er en særskilt problemstilling omkring regionernes muligheder for at lukke/flytte speciallægepraksis (se afsnit 8).

Inden for praksisrelevansgruppe c vil antallet og placeringen af praksis være mere situationsbestemt.

3. Organisering af praksis

Der har i de seneste år været flere spændende initiativer med henblik på at skabe nye former og rammer for drift af praksissektoren og herunder speciallægepraksis.

Der er etableret sundhedshuse, som har givet grundlag for at etablere tilbud om almen lægehjælp og speciallægehjælp i områder, hvor det ellers har været svært at sikre lægehjælp i nærmiljøet.

Man kan også pege på nye måder at samarbejde på mellem praktiserende speciallæger og almen praksis læger. Der kan i denne forbindelse foreslås forsøg med ordninger, hvor praktiserende speciallæger, som en del af støtten til almen praksis og udvikling af det faglige samarbejde mellem almen praksis og speciallægen, varetager patientundersøgelse og -behandling i almen praksis i samarbejde med almen lægen.

Denne udvikling bør fortsætte med flere forsøg med nye måder at drive praksissektoren på. Det sammenhængende sundhedsvæsen fordrer tæt fagligt samarbejde. Og fagligt samarbejde mellem specialerne kan bidrage til bedre kvalitet i behandlingen.

Det er vigtigt, at overenskomsterne skaber rammer, som giver mulighed for, at det faglige samarbejde fortsat kan udvikles, og at nye organisationsformer kan udformes og afprøves.

Man kan pege på muligheden for at etablere praksis med speciallæger fra flere specialer i samarbejde og praksis, hvor almen praksis og speciallæger arbejder integreret sammen.

Sikring af det nødvendige decentrale tilbud af praktiserende speciallæger sker primært ved at der opslås ydernumre som besættes af speciallæger indenfor specialet. Det kunne også ske ved at speciallæger på hospitalet får tilbudt muligheden for at drive praksis f.eks. en dag om ugen i centerbyen på særlige vilkår (eventuelt med lokaler, udstyr og hjælpepersonale stillet til rådighed af den funktionsbærende enhed). Taksterne for arbejdet skal selvfølgelig afspejle de særlige vilkår speciallægen arbejder på.

4. Opgavebeskrivelse

En praktiserende speciallæges ydernummer er udtryk for, at der er indgået en slags entreprenørkontrakt mellem ham og regionen om at løse en bestemt opgave.

Listen med ydelseskoder er altså ikke en "smørrebrødsseddel" som speciallægen kan vælge fra ud fra hans interesseområder og en vurdering af rentabilitet. Den praktiserende speciallæge skal tilrette sit arbejde efter patienternes behov og deres opgave i det sammenhængende sundhedsvæsen.

Det er væsentligt, at der i alle praksis er tilbud om rådgivning samt diagnostik og behandling af de alle de sygdomme, som er forudsat behandlet inden for pågældende speciale, som en del af den aftalte arbejdsdeling med almen praksis og sygehusene.

Disse krav er på mange måder udmærket beskrevet i overenskomsten. Det er dog centralt at have fokus på, at sikre at det efterleves.

Det er vigtigt, at alle speciallægepraksis har åbent for akutte patienter – også selvom der er tale om patienter, som ikke tidligere har været i pågældende praksis eller som kommer fra et andet område end det område speciallægen praktiserer i. Akutte patienter bør kunne få en øjeblikkelig tid hos den praktiserende speciallæge. Det er vigtigt, at der er mulighed for almen praksis til at få subakutte vurderinger af patienter. En subakut patient bør kunne få en tid indenfor 48 timer.

Der bør for speciallægepraksis være de samme krav til udrednings- og behandlingsgarantier som i sygehusvæsenet. Den funktionsbærende enhed skal finde løsninger for overholdelse af ventetidsgarantierne for helheden inkl. speciallægepraksis.

Det er vigtigt, at speciallægepraksis ikke almindeligvis "beholder" patienterne. Dette vil blokere for, at nye patienter med større behov kan komme i behandling. Udgangspunktet er, at patienterne skal tilbage til egen læge, så snart behovet for speciallægebehandling er overstået, og at almen praksis fagligt set kan varetage opgaven eventuelt med vejledning og rådgivning fra speciallægen. Patienterne bør således afsluttes i en speciallægepraksis efter de kliniske retningslinjer, der bør udarbejdes på området.

Almen praksis vil kunne varetage flere opgaver, hvis der er mulighed for at få let adgang til støtte hos speciallæger. Et eksempel kunne være inden for psykiatrien, hvor almen lægen i nogen situationer kan være i tvivl om diagnose og den rette behandling, men hvor hun godt kan varetage behandlingen, såfremt hun får en hurtig vurdering hos psykiateren og en vejledning til den videre behandling. Parterne er opmærksomme på dette, og har i den nyeste overenskomst indarbejdet en mulighed for vurdering af patienter ved enkeltstående konsultationer, som må forventes at være under implementering.

Hvis man er praktiserende speciallæge med ydernummer, skal man behandle de patienter der henvises til praksis – eller selv møder op for så vidt angår øre- og øjenlæger. Arbejdet bør tilrettelægges og prioriteres ud fra en faglig vurdering af patientens behov. Hvis lægen tager patienter der selv betaler eller får betaling fra et forsikrings-selskab, skaber det usikkerhed omkring lægens rolle som en der behandler patienter efter behov – med fokus på at hjælpe den praktiserende læge og dennes patienter. Patienter oplever det også som en urimelig forskelsbehandling – og et system der minder om bestikkelse for en hurtig adgang til det offentlige sundhedssystem. I overenskomsten er forholdene omkring selvbetaling reguleret i et afsnit om etiske retningslinjer. Det er imidlertid spørgsmålet om ikke forholdet er så betænkeligt, at det bør være en forudsætning for at have et ydernummer, at muligheden for adgang til selvbetalt eller forsikringsbetalt behandling i speciallægens sygesikringspraksis er udelukket.

Ventetiden til vurdering og behandling i speciallægepraksis er ofte for lang, og der er ikke nogen krav til tidsfrister for udredning og behandling af patienter under sygesikringsordningen. Dette bidrager til ønsker om at komme foran i køen ved at betale selv. Dette vil blive afhjulpet ved indførelse af ventetidsgaranti.

På trods af parternes fornuftige etiske retningslinjer bør der foretages en vurdering af mulighederne for en bedre regulering af området. Det virker umiddelbart som om forholdet mellem aktiviteterne i det offentlige sygehusvæsen og aktiviteterne i privathospitalerne er mere i "harmonisk" end forholdet mellem offentlig og privat betaling i speciallægepraksis. Dette kan skyldes, at der for sygehusbehandling er garanti for ventetid, og at offentlig og privat betaling er holdt adskilt. Vi foreslår derfor at speciallægepraksis sidestilles med sygehusene ved at selvbetalere og forsikringsbetalte patienter holdes adskilt fra sygesikringspraksis og ved at ventetidsgarantier også gælder for speciallægepraksis. I forbindelse med udvidelse af ventetidsgarantien til at omfatte speciallægepraksis skal der etableres et samarbejde mellem praksis og regionernes visitationskontorer til håndtering af patienter, hvor garantien ikke kan overholdes, og der derfor skal gives et andet tilbud.

5. Faglig kvalitet

Speciallægepraksis er en god mulighed for at få løst specialiserede opgaver i nærmiljøet på et højt fagligt niveau.

Der kan dog være enkelte eksempler på at åbenlyst dårlige speciallæger, som måske ikke fagligt er i det "røde felt" men nederst i det "gule felt", får lov til at drive praksis i mange år uden, at der gøres noget ved

det. Selvom det kan være almindeligt kendt i almen praksis og andre faglige kredse, at der er et kvalitetsproblem i en given praksis, kan en sådan speciallæge fortsat have ansvar for mange patienter.

Målsætningen for speciallægepraksis må være:

- At der i alle praksis er et højt fagligt niveau, hvor der er fokus på efteruddannelse og faglig udvikling
- at praksis drives som en moderne praksis, hvor lokaler, apparatur og behandlingsmetoder er tidsvarende
- At praksis kan dokumentere ydelser af høj kvalitet,
- At der stilles de samme kvalitetskrav til praksis som til sygehusenes afdelinger
- at praksis medvirker til at sikre optimale og sammenhængende patientforløb i samspil med almen praksis, sygehuse og andre aktører,
- at praksis skal være fleksible i forhold til de stadigt skiftende behov efter sundhedsydelser, sådan at der leveres ydelser, der matcher patienternes efterspørgsel og regionens forsyningsbehov,
- at praksis leverer en god patientorienteret service i form af arbejdsgange, korte ventetider og tilgængelighed for regionens borgere såvel fysisk som telefonisk og elektronisk.

Der bør inden for alle specialer være en faglig leder i den funktionsbærende enhed, som har ansvaret for at overvåge den faglige kvalitet i speciallægepraksis. Den faglige leder kan godt være tilknyttet flere funktionsbærende enheder. Den faglige leder bør optimalt set være en speciallæge inden for pågældende speciale udpeget blandt de praktiserende speciallæger eller blandt speciallæger ansat på hospitalet (gerne med praksiserfaring). I de "små" specialer kunne der være tale om en speciallæge fra et andet speciale med gode lederegenskaber:

- Den faglige leder har ansvar for at sikre et godt fagligt miljø mellem læger inden for specialet på tværs af specialets praktiserende speciallæger og sygehuse og områdets praktiserende læger.
- Den faglige leder er en del af den funktionsbærende enhed.
- Lederen har adgang til data om kvalitet, service og aktivitet i de enkelte praksis.
- Den faglige leder kan om nødvendigt sikre hjælp og støtte til en praksis – f.eks. med en faglig mentorordning.
- Lederen har instruktionsbeføjelse således at f.eks. aftalte kliniske principper for behandling og arbejdsdeling anvendes og at anvendelse af apparatur sker i overensstemmelse med de principper, der gælder for god sammenhængende behandling.
- Lederen har mulighed for at indstille speciallægen til at få frataget sit ydernummer, hvis speciallægen ikke lever op til fælles retningslinjer og kvalitetskrav.
- Den faglige leder skal bidrage til at sikre at de praktiserende speciallæger har ordentlige arbejdsvilkår i samspillet med sygehuse og almen praksis.

Lederen skal aktivt kunne følge kvalitetsudviklingen i de enkelte praksis og stille spørgsmål og sikre sig, at der sker i justering i indsatsen hos praksis hvor dette måtte være nødvendigt. Lederen skal således kunne medvirke til at understøtte den faglige udvikling i områdets praksis.

6. Problemer afledt af ydelseshonoreringen

Ydelseshonoreringen har sine fordele - f.eks. incitament til produktivitet og effektivitet. Men den kan også give anledning til problemer, hvis balancen mellem faglighed og købmandskab tipper. Det bør derfor overvåges, at service og arbejdstilrettelæggelse i de enkelte praksis har tilstrækkeligt fokus på patienterne og ikke kun på speciallægens indtjening.

Honorarerne giver en dækning af de faste udgifter i speciallægepraksis og et bidrag til lægens (og klinikpersonalets) løn. Når omsætningen i en speciallægepraksis når et vist niveau har lægen fået dækket de faste udgifter – og honorarerne bør derfor reduceres for de efterfølgende ydelser. Det gør sig i særdeleshed gældende, hvis lægens ydelsessammensætning er snæver. Der bør derfor fortsat være knækgrænser i overenskomsten. I dag er der kun eet "knæk" på 40%, hvilket virker som en relativt voldsom honorarsænkning, der kan give anledning til utilsigtede adfærdsændringer. Det kunne tale for en udbygning af modellen med flere trin og en særlig mulighed for at pålægge enkelte læger individuelle knækgrænser ved atypisk ydelsessammensætning. Parterne bør desuden have adgang til aktuelle omkostningsundersøgelser,

som kan danne udgangspunkt for en vurdering af honorarernes størrelse og den samlede indtjening i de forskellige specialer.

Hvis de praktiserende læger er forpligtet til at tage patienter indenfor et bestemt tidsrum – og samtidig er forpligtet til at overholde nationale og regionale kliniske retningslinjer (herunder at afslutte patienter) er det vanskeligt at opretholde et princip om et nationalt omsætningsloft. Det ændrer ikke ved, at der lokalt kan pålægges en enkelt praksis et omsætningsloft – hvis lægens ydelsessammensætning eller aktivitet i øvrigt markant adskiller sig uforklarligt fra andre tilsvarende ydere.

7. Kontrol

Der foretages i dag stort set udelukkende en afregningskontrol med udgangspunkt i årskontrolstatistikkerne.

Der bør fremover være en bredere og mere omfattende kontrol, som kan opdeles i 3 niveauer:

- Afregningskontrol
- Kontrol af om service og funktioner følger kravene i overenskomsten
- Faglige kvalitetskontrol.

Kontrol bør baseres på principper om analyse, dialog, hjælp og støtte samt eventuelt sanktioner.

Den økonomiske kontrol omfatter kontrol af de afregninger, lægen sender til regionen - overholder de overenskomstens rammer og principper. Herudover er der mulighed for at supplere med en sundhedsfaglig vurdering, hvor den sundhedsfaglige leder kan vurdere om det sundhedsfaglige grundlag for en usædvanlig kombination af ydelser er velbegrundet. Der ligger også i denne sundhedsfaglige del af den økonomiske kontrol en vurdering af, om lægens ydelsessammensætning er velbegrundet.

Kontrollen foretages i dialog med lægen. Den sundhedsfaglige leder skal have adgang til oplysninger om konkrete patientforløb, når det er nødvendigt at vurdere en sag.

Den ledelsesmæssige kontrol varetages af den sundhedsfaglige leder (med støtte fra administrationen). Den ledelsesmæssige kontrol (der kun i begrænset omfang udføres i dag) sikrer, at lægen overholder overenskomstens rammer i bred forstand. Det drejer sig bl.a. om lægens tilgængelighed (åbningstider, tilstedeværelse, kontaktbarhed m.v.), om serviceniveauet, om samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen.

Hvis der rejses tvivl om en læge lever op til de forventninger der på denne måde fremgår af overenskomsten, skal der indledes en dialog med lægen. Den faglige kontrol omfatter kontrol med om lægens indsats er effektiv og lever op til de forventninger, der er til indsats og kvalitet.

8. Kompetence og det paritetiske princip

Overenskomsten om specialehjælp hviler for flere elementers vedkommende på princippet om paritet mellem de to parter i forbindelse med beslutninger. Beslutninger kan kun træffes i enighed.

Dette princip må siges at være et levn fra en forgangen tid. Meget taler for at tage det paritetiske princip op til overvejelse. Alene det faktum, at regionen er en sundhedsmyndighed med en folkevalgt ledelse, som står til ansvar overfor befolkning og lovgivning, mens FAPS er en brancheorganisation, gør paritetsprincippet urimeligt.

Regionen bør have mulighed for at beslutte sanktioner og herunder fratagelse af ydernummer – selvfølgelig med sikkerhed for en ordentlig tilrettelagt proces og med inddragelse af samarbejdsudvalg.

Det at drive en speciallægepraksis kræver andet og mere end blot at være anerkendt som speciallæge.

Man skal arbejde alene og selv stå for drift af en mindre virksomhed. De faglige kvalifikationer og erfaringer har naturligvis stor betydning. Det er en fordel, hvis man har erfaring fra praksis og har en bred erfaring fra sygehusregi. Personlige egenskaber, holdninger og forventninger til arbejdet i praksis er også vigtig - f.eks. om man er patientvenlig og har fokus på servicen over for patienter og kollegerne i almen praksis.

Det offentlige har en stor interesse i, at det er de bedst egnede, der har mulighed for at erhverve et ydernummer, idet organiseringen gør, at dårlige speciallæger kan fungere i mange år.

Når der skal tildeles et nyoprettet ydernummer, sker det efter opslag, hvor speciallæger kan lægge ansøgning ind. Beslutning om tildeling af ydernummeret tages af regionen efter indstilling fra samarbejdsudvalget. Beslutningen baseres på en vurdering af ansøgernes kvalifikationer og egnethed. Speciallægen skal ikke betale for et nyt ydernummer (nulydernummer). Det kan dog ofte have en værdi på flere millioner selvom grundlaget for praksisdriften først skal bygges op. Så tildelingen af entreprenørkontrakten i form af ydernummeret følges ofte af en tildeling af en ofte stor værdi, som vil kunne kapitaliseres efterfølgende.

Når en speciallæge ønsker at afhænde sin praksis, er regionen derimod uden indflydelse, og det vil typisk være prisen fremfor egnethed og kvalifikationer, som bestemmer, hvem speciallægen sælger ydernummeret til. På den måde kan regionen være vidne til at ansøgere, som i en ansøgningsproces er vurderet mindre egnet til at drive praksis, efterfølgende køber en anden praksis.

Idet det burde være således, at det sikres, at det er de bedst egnede, der erhverver ydernummer kunne man overveje at opstille en række krav udover speciallægeanerkendelse, hvor opfyldelse af disse krav var en nødvendig prægodkendelse, som betingelse for at kunne købe eller modtage et ydernummer. Det at være speciallæge burde således ikke i sig selv nok til at blive praktiserende speciallæge.

Principielt burde ydernumre (formentligt inden for alle praksisområder og ikke kun speciallægepraksis) tilhøre regionen. Det virker forkert, at man kan sælge og købe retten til at drive praksis for sygesikringen. Et sådant system kendes da - så vidt vi ved - heller ikke fra noget andet entreprenørområde.

Det nuværende system, hvor ydernumre kan sælges gør, at praksisstrukturen er meget fastlåst. En praksisstruktur, som er opstået af historiske eller tilfældige grunde, har en stærk tendens til at fortsætte ind i fremtiden selvom den ikke afspejler de aktuelle behov eller en fornuftig arbejdsdeling mellem almen praksis, speciallægepraksis og sygehus.

I henhold til overenskomsten kan ydernumre nedlægges med erstatning ved en speciallæges "naturlige afgang" eller efter nærmere aftale mellem regionen og speciallægen. Dette betyder, at der kan gå meget lang tid før en reduktion i speciallægepraksis kan realiseres. Der burde være mulighed for at regionen kunne beslutte, at reduktionen skal ske inden for en rimelig tidsfrist. Det er formentligt omkostningsfyldt at foretage reduktion i antallet af ydernumre, idet der – naturligvis i den nuværende situation, hvor ydernumre er salgbare - skal ydes en erstatning til speciallægen, som erstatning for, at praksis ikke kan videreføres eller sælges eller hvis praksis skal flyttes til en for patienterne mere hensigtsmæssig placering i landet.

Det vil være vanskeligt og omkostningsfyldt at komme fra den nuværende situation til en situation, hvor ydernumre ikke kan handles, idet der kan være tale om erstatning til eksisterende praksis. Man bør endvidere overveje incitamenterne i de to modeller. Det kan tænkes, at en model, hvor ydernummeret ikke kan sælges, vil kunne have negative konsekvenser for lysten til at investere i og vedligeholde sin praksis, når naturlig afgang nærmer sig.

Man kunne overveje en model, hvor der indføres en ændring i rammevilkårene for alle nye ydere (ved et nyt ydernummer og overtagelse af et gammelt ydernummer) så man som speciallæge må acceptere nedlæggelse og flytning på baggrund af godkendt plan (jævnfør afsnit 2) – uden erstatning, men med kompensation for værdien af udstyr m.v. ved nedlæggelse og betaling for omkostninger i forbindelse med flytning.