



Sundhedsstruktur- kommissionens baggrundsrapport

Juni 2024

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Telefon: +45 72 26 90 00

E-mail: sum@sum.dk

ISBN 978-87-7601-428-5 (digital version)

ISBN 978-87-7601-427-8 (trykt version)

Fotos:

Side 1: Getty Images

Design: Indenrigs- og Sundhedsministeriets kommunikationsenhed
i samarbejde med BGRAPHIC

Tryk: OnPrint A/S

Publikationen kan hentes på
www.ism.dk

Indhold

Kapitel 1: Sygehusområdet – det sekundære sundhedsvæsen	4
Kapitel 2: Det kommunale sundhedsområde og nærliggende områder	52
Kapitel 3: Psykiatri	88
Kapitel 4: Det almenmedicinske tilbud	106
Kapitel 5: Praktiserende speciallæger	140
Kapitel 6: Den øvrige praksissektor	149
Kapitel 7: Styring af sektorernes samspil	154
Kapitel 8: Digitalisering og data	165
Kapitel 9: Regionernes øvrige opgaver	183
Kapitel 10: Private sundhedsforsikringer	189
Litteratur	204
Figurer, tabeller og andre illustrationer	213

Kapitel 1: Sygehusområdet – det sekundære sundhedsvæsen

Kapitel 1 handler om den nuværende styring og organisering af sygehusvæsenet, inklusive de præhospitale tilbud. Fokus er rettet mod det somatiske sygehusområde, men temaer, der er generelle for både somatikken og psykiatrien, fx tværgående styring, vil også blive behandlet. Særlige forhold indenfor psykiatriområdet vil blive beskrevet i kapitel 3.

Kapitlet her er delt op i fire dele. Den første del beskriver den gældende regulering og organisering af sygehussektoren. Herefter behandles udviklingen i sygehusstrukturen og de akutte beredskaber. Kapitlets tredje del beskriver ressourcerne og kapaciteten indenfor sygehusområdet med fokus på udgiftsudviklingen og beskæftigelse på de offentlige sygehuse. I fjerde og sidste del af kapitlet analyseres sygehusenes opgaveløsning og særlige problemstillinger for sygehusene.

Regulering og organisering af sygehussektoren

Sygehusene er underlagt en række overordnede regulerings- og styringsinstrumenter. I det følgende afsnit vil de mest centrale lovgivningsmæssige rammer i sundhedsloven bl.a. blive beskrevet. Det gælder fx patientrettighederne, den økonomiske styring og specialeplanlægningen. Derudover beskrives "bløde" styringsinstrumenter, såsom de nationale kliniske retningslinjer og kvalitetsstandarder.

Lovgivning om sygehusstilbud i sundhedsloven og psykiatriloven

Det sekundære sundhedsvæsen har til opgave at foretage undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning på sygehus, sundhedsfaglig pleje og forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient. Alle enheder, der udfører de opgaver, kan karakteriseres som et sygehus. Det er dermed ikke en egentlig forudsætning, at et sygehus har en sengekapacitet, et sygehus er i højere grad bundet op på det lægefaglige virke. En speciallægepraksis kan derfor godt udføre sygehusopgaver.

Regionerne har ifølge sundhedsloven ansvaret for at varetage sygehusvæsenets opgaver. Som udgangspunkt udfører regionerne sygehusvæsenets opgaver på egne sygehuse. Regionen kan derudover indgå aftale med andre regioners sygehusvæsner eller kan indgå overenskomst med eller på anden måde benytte private institutioner som led i løsningen af sygehusvæsenets opgaver.

Der findes også en række foreningsejede sygehuse, som er angivet i sundhedsloven §79, stk. 2, fx Epilepsihospitalet i Dianalund og Vejlefyord Rehabilitering og Center for Hjerneskade.¹ For de sygehuse gælder det, at beliggenhedsregionen har pligt til at indgå driftsoverenskomst med sygehuset på vegne af samtlige regioner.

Regionerne har pligt til at tilbyde behandling til enhver, der har bopæl i Danmark, og skal behandle alle på samme vilkår uden hensyntagen til, hvilken region de har bopæl i. Regionen har alene det fulde finansieringsansvar for borgere, der har bopæl i regionen, uanset hvilket af det samlede sygehusvæsens sygehuse, der benyttes. I det ligger patienternes ret til frit sygehusvalg.

1 Indenrigs- og Sundhedsministeriet, "Bekendtgørelse af sundhedsloven", LBK nr 247 af 12/03/2024 § 79, stk. 2 (2024).

Regionerne har derudover en række lovbundne forpligtelser om patientvejledning, der har til formål at vejlede patienterne i deres rettigheder i forhold til frit sygehusvalg, udvideret frit valg sygehusvalg og klager over rettigheder og patienterstatning m.v. Endelig har regionerne en række pligter, hvad angår kvalitetsudvikling, IT, forskning, indberetning om sygehusenes virksomhed og patientsikkerhed på sygehusområdet.

Patientrettigheder

Der er patientrettigheder om det frie sygehusvalg, ret til hurtig udredning (udredningsret), det udvidede frie sygehusvalg og maksimale ventetider for behandling af livstruende sygdomme, som skal sikre patienterne hurtig udredning og behandling. De forskellige patientrettigheder vil blive kortlagt i det følgende.

Frit sygehusvalg

Det frie sygehusvalg blev indført i 1993. Det primære formål var at gøre det lettere for patienter af krydse de daværende amtsgrænser for at understøtte en bedre kapacitetsudnyttelse og reducere forskelle i ventetider. Derudover var der en forventning om, at det kunne bidrage til generelt at reducere ventetiderne, ud fra den forventning, at patienter ville søge efter sygehuse med lav ventetid på operationer og skabe en form for konkurrence om lave ventetider.

Retten til frit sygehusvalg indebærer, at patienter, der er henvist til udredning eller behandling på sygehus, kan vælge mellem bopælsregionens egne sygehuse, andre regioners sygehuse og de private specialsygehuse, der er nævnt i sundhedslovens § 79, stk. 2. Patientens brug af retten til frit sygehusvalg skal ikke godkendes af bopælsregionen. I praksis udøves det frie sygehusvalg typisk ved, at patienten vælger et sygehus i samråd med den henvisende læge, oftest en alment praktiserende læge eller en praktiserende speciallæge, som sender henvisningen til patientens valgte sygehus.

Retten til frit sygehusvalg omfatter alle patienter, som er henvist og visiteret til udredning, diagnostiske undersøgelser eller behandling på sygehusafdelinger. Retten kan begrænses af sygehusafdelingernes kapacitet, og patienten kan afvises, hvis afdelingen har kapacitetsudfordringer, og hvis væsentlige hensyn til patienter med bopæl i sygehusets optageområde ellers ville blive tilsidesat, eller afdelingen fx er forbeholdt specialiseret behandling. Regionerne skal offentliggøre en oversigt over samarbejdssygehusene (sygehusvalg.dk).

Regionen har, som anført tidligere, det fulde finansieringsansvar for borgere, der har bopæl i regionen, uanset hvilket af det samlede sygehusvæsens sygehuse, der benyttes. Det indebærer, at bopælsregionen har en betalingsforpligtelse i forhold til egne borgeres brug af andre regioners sygehusvæsen. Til brug for en hensigtsmæssig administration af den betalingsforpligtelse er udviklet det såkaldte DRG-system, som takstsætter brug af sygehusene, og hvor Sundhedsdatastyrelsen varetager brugen af DRG-systemet og understøtter regionerne i den mellemregionale afregning.

Det udvidede frie sygehusvalg

Det udvidede frie sygehusvalg (behandlingsret) blev indført i 2002 for somatikken og gradvist fra 2008 til 2010 for psykiatrien, hvor det først blev etableret på børne og ungeområdet og for voksne fra 2010. Ved etableringen i 2002 blev det i første omgang efter 60 dages ventetid og fra 2007 efter 30 dages ventetid. I 2023 og 2024 blev grænsen midlertidigt ændret til 60 dage. Rettigheden betyder, at patienter, som er henvist til sygehusbehandling og udredt, kan vælge at blive behandlet på et aftalesygehus, hvis bopælsregionen ikke indenfor 30 dage kan tilbyde behandling ved egne sygehuse, andre regioners sygehuse eller samarbejdssygehuse (Se "To typer af aftaler med de kommercielle privathospitaler" i afsnittet om private sygehuse). Det er den del af det udvidede frie sygehusvalg, som ofte også omtales som behandlingsretten.

Det er Danske Regioner, som indgår aftalerne med de private sygehuse, som patienter kan bruge ved benyttelse af det udvidede frie sygehusvalg. Alle kvalificerede privathospitaler kan og har dermed ret til at indgå en aftale med Danske Regioner. På nuværende tidspunkt er der tale om toårige centrale aftaler,

som forhandles mellem Sundhed Danmark (Foreningen af danske sundhedsvirksomheder) og Danske Regioner på vegne af regionerne. Regionerne skal offentliggøre en oversigt over aftalesygehusene (sygehusvalg.dk).

Det udvidede frie sygehusvalg indebærer derudover, at en patient også kan vælge at blive behandlet på et aftalesygehus, når det regionale sygehus ændrer datoen for kirurgisk behandling, uanset om det er muligt at tilrettelægge en ny behandlingsdato indenfor den samlede periode på 30 dage. Endelig indgår det udvidede frie sygehusvalg også som en del af retten til hurtig udredning.

Ret til hurtig udredning

Ret til hurtig udredning indenfor 30 dage (udredningsret) blev indført i september 2013 for somatikken og i 2014 for psykiatrien. Retten indebærer, at man som patient har ret til at blive udredt indenfor 30 dage, hvis det er fagligt muligt enten på bopælsregionens egne sygehuse, andre regioners sygehuse som bopælsregionen sædvanligvis samarbejder med eller et privat samarbejdsygehus. Hvis det ikke er muligt at udrede patienten indenfor 30 dage, har patienten ret til en udredningsplan.

Fra 2015 blev udredningsretten skærpet og omfattet af det udvidede frie sygehusvalg, så patienten fik ret til at blive udredt på et privat aftalesygehus, hvis bopælsregionen af kapacitetsmæssige årsager ikke kan tilbyde patienten endelig udredning indenfor 30 dage.

Maksimale ventetider for behandling af livstruende sygdomme

De maksimale ventetider for kræftområdet og iskæmiske hjertesygdomme blev indført i 1999 og skal sikre patienter med livstruende sygdom hurtig udredning og behandling. På kræftområdet gælder det fx, at der maksimalt må gå 14 dage fra henvisning til udredning, og tilsvarende maksimalt 14 dage fra patient har givet samtykke til behandling påbegyndes (dog maksimalt 28 dage fra der er henvist til behandling).

Bopælsregionen er ansvarlig for at sikre et tilbud om behandling indenfor de maksimale ventetider. Hvis sygehuset ikke kan tilbyde behandling indenfor de maksimale ventetider, skal sygehuset henvisning til behandling på et andet offentligt eller privat sygehus i Danmark eller i udlandet indenfor de maksimale ventetider. Det kan fx gøre sig gældende, hvis den relevante sygehusafdeling har kapacitetsmæssige vanskeligheder. Bopælsregionen har pligt til at tilrettelægge sygehusbehandlingen i udlandet. Hvis sygehuset ikke kan finde et offentligt eller privat sygehus i Danmark eller i udlandet, skal sygehuset kontakte Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen skal da forsøge at finde et behandlingstilbud i Danmark eller i udlandet indenfor de maksimale ventetider. Patienten kan også selv forsøge at finde et behandlingstilbud på et sygehus i Danmark eller i udlandet, hvis det kan varetage behandlingen på forsvarlig vis. Sundhedsstyrelsen skal dog først godkende henvisningen.

Regulering af aktivitet og kvalitet

Der er og har været mange initiativer til regulering af sygehusenes og det øvrige sundhedsvæsenets aktiviteter. En stor del af dem er på kvalitetsområdet, herunder det nationale kvalitetsprogram, Vælg Klogt, Behandlingsrådet, Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) og udarbejdelse af anbefalinger, vejledninger og retningslinjer. I følgende afsnit bliver en række af dem beskrevet. De mange initiativer indikerer at kvalitetsudviklingen på sygehusområdet samlet set har været fragmenteret.

Den Danske Kvalitetsmodel

Indtil 2003 var de nationale kvalitetsprogrammer og -strategier baseret på en frivillighedsmodel, hvor det var op til amterne og de enkelte sygehuse, hvordan og hvornår mere systematisk kvalitetssikring skulle indføres. Med økonomiaftalen for 2003 mellem regeringen og amterne skete der et kursskifte i retning af en mere målrettet og forpligtende indsats, da der var enighed om at udvikle en fælles dansk akkrediteringsmodel, Den Danske Kvalitetsmodel. Udviklingen af modellen skulle ske i et samarbejde med dansk ekspertise og en anerkendt international sundhedsakkrediteringsorganisation. Sigtet var, at den over en årrække skulle dække hele sundhedsvæsenet.

Institut for Akkreditering og Kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet (IKAS) blev etableret i 2005 af parterne bag Den Danske Kvalitetsmodel. IKAS blev oprettet for at udvikle og drive modellen. Idéen bag Den Danske Kvalitetsmodel var, at der skulle indsamles kvantitative data, der skulle belyse, om en lang række processer blev gennemført i overensstemmelse med bedste praksis. Hvis data viste, at der var et gab i forhold til den ønskede praksis, ville det data blive offentliggjort og præsenteret for klinikere og ledere for at drive forandringer i retning af at lukke gabet.

Den danske kvalitetsmodel blev udrullet samtidig med en række andre kvalitetsinitiativer. Med virkning fra 2004 trådte en ny lov om patientsikkerhed fx i kraft. Loven betød, at en række utilsigtede hændelser skulle registreres og for manges vedkommende gøres til genstand for kerneårsagsanalyse.

Nationalt kvalitetsprogram og nationale mål

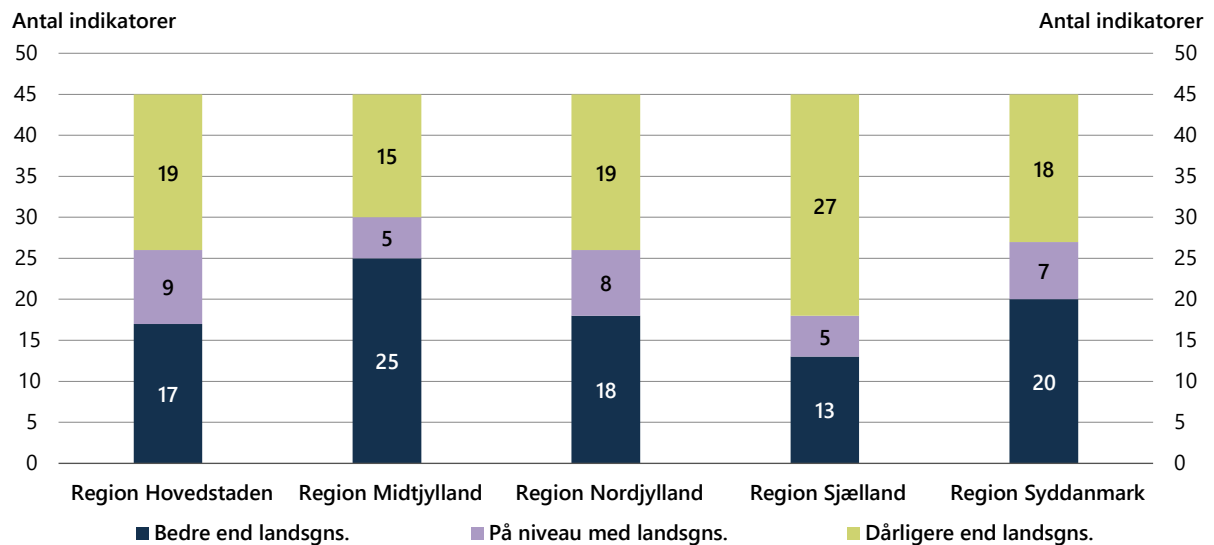
I 2016 blev der indført et nyt nationalt kvalitetsprogram for sundhedsvæsenet, der skulle flytte fokus fra aktivitet og produktivitet til nye styringsinstrumenter, med et balanceret fokus på aktivitet, kvalitet, resultater og omkostninger. Tilgangen indebærer, at der er fastlagt få, ambitiøse, nationale kvalitetsmål, som skal afspejle den værdi, kvalitet og resultater sundhedsvæsenet skaber for den enkelte patient. Målene bruges til kvalitetsstyring med fokus på udvikling af en forbedringskultur og understøttes af større synlighed om resultater og kvalitet og en mere systematisk brug af data.

Den skitserede omlægning er kommet til udtryk ved otte nationale mål for sundhedsvæsenet, som regioner og kommuner måles på, og hvor parterne (regeringen, Danske Regioner og KL) årligt mødes for at følge op på de nationale mål og gøre status, bl.a. i form af en statusrapport. De nationale mål er blot ét element i en større omstilling af kvalitetsarbejdet. I 2016 blev der også introduceret nye lærings- og kvalitetsteams og et nationalt ledelsesprogram.

Et vigtigt element i brugen af de nationale mål er, at de er lokalt forankret og omsættes til konkrete lokale delmål og indsatser, så de giver mening for sundhedspersonalet. Der er en større metodefrihed for personalet, som skal være med til at definere de indsatser, som skal løfte kvaliteten for den enkelte patient. Det er op til regionsråd og sygehusledelser at sikre, at det sker.

Region Midtjylland har flest indikatorer, som ligger over landsgennemsnittet. Regionen har 25 ud af 45 indikatorer, som er over landsgennemsnittet, jf. figur 1.1. Region Sjælland er omvendt den region, der med 27 ud af 45 har flest indikatorer under. På tværs af regioner er der generelt variation i, på hvilke indikatorer regionerne ligger over og under landsgennemsnittet.

Figur 1.1
Niveau for nationale mål-indikatorer (45 ud af 48) for regioner i forhold til landsgennemsnittet i 2022



Anm.: På niveau med landsgns. betyder, at indikatoren afviger mindre fra landsgennemsnittet end +/- 1 pct.

Kilde: Optælling på baggrund af datagrundlag for Nationale Mål 2023; 2 indikator indgår uden tal. 1 indikator opgøres kun på landsplan.

Kliniske retningslinjer og anbefalinger

Sundhedsstyrelsen og de lægefaglige selskaber/fagpersoner udarbejder løbende nationale kliniske retningslinjer og anbefalinger om korrekt og bedst sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer, samt for særlige patientforløb. De nationale retningslinjer og anbefalinger skal sikre en sundhedsfaglig indsats af ensartet, høj kvalitet for sygehuse, de almenmedicinske tilbud og kommuner. De bliver brugt som beslutningsstøtte af fagpersoner og har til hovedformål at understøtte:

- Evidensbaseret indsats af ensartet høj kvalitet på tværs af landet
- Prioritering i sundhedsvæsenet
- Vidensdeling på tværs af sektorer og faggrupper

I praksis har retningslinjerne udviklet sig til faglige anbefalinger, som også spiller i en rolle i forbindelse med tilsyn og faglige klagesager.

Retningslinjerne og anbefalingerne udarbejdes ud fra et sundhedsfagligt perspektiv, og omfatter som udgangspunkt ikke økonomiske og organisatoriske hensyn. De kliniske retningslinjer har til formål at højne behandlingskvaliteten, men kan samtidig medføre et u hensigtsmæssigt personale- og ressourcetræk, som kan føre til kapacitetsmæssige udfordringer. Det er regionernes og kommunernes ansvar at implementere retningslinjerne og anbefalingerne, der ikke er af juridisk bindende karakter.

En opsamling på erfaringerne med de kliniske retningslinjer fra 2017 viste, at alle regionerne havde arbejdet med implementering af retningslinjerne på sygehuse under hensyntagen til bl.a. de økonomiske konsekvenser, mens der var få konkrete erfaringer med, hvordan de nationale kliniske retningslinjer var implementeret i kommunerne.² Retningslinjer og anbefalinger er omfattet af det udvidede total-

2 Sundhedsstyrelsen, "Erfaringsopsamling af projektet Nationale Kliniske Retningslinjer 2012-2016", 2017.

balanceprincip (DUT), det vil sige, at de centrale myndigheder skal økonomisk kompensere regionerne for de meropgaver, som følger af bindende krav eller anbefalinger og henstillinger, som er udarbejdet af de centrale sundhedsmyndigheder.

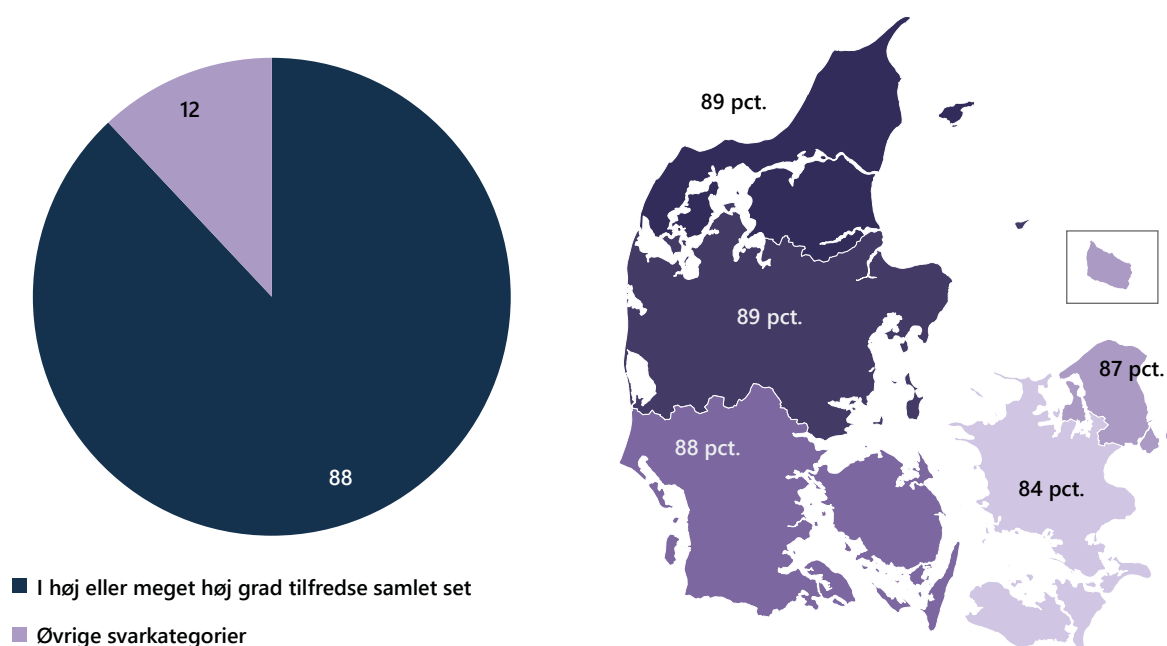
Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)

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

Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP)

I 2000 blev den første Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) gennemført. LUP er en national spørgeskemaundersøgelse, hvor patienter kan give feedback på deres indlæggelse eller ambulante besøg på et hospital. Formålet er at sammenligne og identificere forskelle i patienttilfredshed på sygehusniveau i forhold til temaerne kerneydelse, koordination, kontinuitet, kommunikation, information og frit sygehusvalg. I den seneste måling for somatikken for 2023 har 88 pct. af patienterne en høj eller meget høj grad af tilfredshed samlet set, jf. figur 1.2. Der er dog en vis regional variation, hvor patienterne øst for Storebælt i lidt mindre grad er meget tilfredse end i resten af landet.

Figur 1.2
Patienternes samlede tilfredshed, LUP somatik 2023



Anm.: Tal for 2023 kan på grund af metodemæssige ændringer ved overgangen til månedlige målinger, ikke sammenlignes med tidligere år
Kilde: LUP somatik 2023

Regulering af funktioner via specialeplanen

Med aftalen om en strukturreform fra 2004 fremgik det, at det er et væsentligt nationalt sundhedshensyn, at der sker en koordineret brug af højt specialiserede ressourcer i sundhedsvæsenet, og der tilbydes behandling af en ensartet høj kvalitet. Sundhedsstyrelsen fik derfor med sundhedsloven fra 2005 styrket kompetencer til at planlægge og godkende, hvilke sygehuse der må og kan varetage bestemte typer behand-

ling, det vil sige hvilke sygehuse, der må varetage de såkaldte specialfunktioner på regionale og private sygehuse (specialeplanlægning). Det skal bl.a. sikre, at der er den nødvendige volumen af behandlinger indenfor det enkelte område, der skal til for at sikre en tilstrækkelig opbygning og vedligeholdelse af ekspertise og forskning på de udvalgte sygehuse. Der er nedsat et udvalg for at sikre tæt inddragelse af faglig ekspertise, bl.a. med medlemmer fra regionerne og Lægevidenskabelige Selskaber til at rådgive Sundhedsstyrelsen (Det Rådgivende Udvalg for Specialeplanlægning).

Planlægningen sker gennem Sundhedsstyrelsens udmeldte specialevejledninger for hvert enkelt speciale. Tilsammen udgør de den samlede specialeplan. Der er to niveauer: 1) specialfunktionsniveau, det vil sige højt specialiserede funktioner, inklusive behandling i udlandet, og regionsfunktioner, som alle reguleres af Sundhedsstyrelsen, og 2) hovedfunktionsniveau, hvor placeringen besluttes af den enkelte region. Indenfor hvert speciale er der både behandling, der varetages på hovedfunktionsniveau såvel som på specialfunktionsniveau. Der er løbende mulighed for justeringer i de udmeldte specialevejledninger, hvis behovet opstår.

Udgangspunktet for specialeplanlægningen er, at "øvelse gør mester". Det betyder, at der er en sammenhæng mellem patientvolumen, erfaring, behandlingskvalitet og befolkningsgrundlag. Med det som udgangspunkt kan en højnet kvalitet komme på bekostning af nært tilgængelige behandlingstilbud.³

I 2010 fordelte Sundhedsstyrelsen med den første specialeplan for første gang de mest avancerede og specialiserede behandlinger i de 37 lægelige specialer og ét tandlægespeciale på landets sygehuse. Den nuværende specialeplan blev udmeldt 1. juni 2017. Når Sundhedsstyrelsen godkender en specialfunktion, sker det på baggrund af en ansøgning fra en region, som beskriver det lokale sygehusfaglige og organisatoriske setup. Revurdering af godkendelser sker, hvis Sundhedsstyrelsen vurderer, at et sygehus ikke længere kan opretholde den faglige kvalitet i tilstrækkeligt omfang, bl.a. opfylde de fastsatte krav.

Årlige statusrapporter viser generelt overholdelse af specialeplanen. Med statusrapporterne har Sundhedsstyrelsen mulighed for at overvåge overholdelsen af specialeplanen for så vidt angår de sygehuse, som er godkendt til at udføre en given specialfunktion, både offentlige sygehuse og privathospitaler.

Statslig økonomisk regulering af regionerne i forhold til sygehusene

I en offentlig økonomi som den danske med en høj grad af decentralisering er det en udfordring at kombinere den makroøkonomiske styring med det lokale selvstyre. I Danmark har man siden slutningen af 1970'erne løst koordinationsproblemet gennem et institutionaliseret samarbejde mellem staten og henholdsvis kommuner og regioner gennem de årlige aftaler om den kommunale og regionale økonomi (økonomiaftaler).

Aftalesystemet

Hvert forår forhandles mellem regeringen og henholdsvis KL og Danske Regioner rammeaftaler for henholdsvis den kommunale og den regionale økonomi. Aftalerne fastsætter rammerne for økonomien samlet set i kommuner og regioner for det kommende år. Rammerne fastsættes bl.a. under hensyntagen til de langsigtede makroøkonomiske udfordringer og den aktuelle konjunktursituation.

Aftalerne fastlægger typisk niveauet for de samlede serviceudgifter og anlægsinvesteringer i kommunerne og regionerne. Aftalen med KL fastlægger også rammen for den kommunale skattefastsættelse. På baggrund af aftalen beregnes et bloktilskud (balancetilskud) fra staten, som sikrer, at henholdsvis kommuner under ét og regioner under ét har finansiering til de aftalte udgifter.

Aktuelt udgør aftalen for den regionale økonomi for 2024 på sundhedsområdet omkring 136 mia. kr. I de regionale budgetter for 2024 er der fordelt ca. 92 mia. kr. til de somatiske sygehuse (inklusive IT og administration) og ca. 12 mia. kr. til de psykiatriske sygehuse (inklusive IT og administration), det vil sige

3 Højgaard, Betina m.fl. "Den statslige styring af det regionale sundhedsområde: analyse af centrale instrumenter". VIVE - Det nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2018.

ca. 104 mia. kr. i alt til sygehusene. Aftalerne indeholder en række henstillinger om politiske og økonomiske prioriteringer i kommuner og regioner. Det kan fx være mål for den faglige udvikling eller tilrettelæggelse af opgaverne.

Aftalerne har to afgørende karakteristika;

1. Aftalerne er generelle og gælder dermed for henholdsvis kommunerne og regionerne samlet set. Det giver enkeltregioner mulighed for at prioritere udgifter i forhold til lokale behov, men under hensyntagen til den samlede aftalte ramme.
2. Aftalerne er ikke juridisk bindende, og dermed er kommuner og regioner ikke lovmæssigt forpligtet af dem. Aftalesystemet er dog baseret på, at aftalerne overholdes, og overskridelser vil derfor kunne underminere aftalesystemet.

Med budgetloven, med virkning fra 2014, er der indført udgiftslofter for henholdsvis stat, kommuner og regioner. De kommunale og regionale udgiftslofter fastsætter en øvre grænse for nettodriftsudgifterne til service. Overholdelsen af udgiftslofterne understøttes af sanktionsmekanismer, både i forhold til budgetter og regnskaber. Tilsvarende kan der i de årlige økonomiaftaler også fastsættes lofter for de samlede anlægsudgifter og tilhørende sanktionsmekanismer.

I forbindelse med de årlige aftaler om den regionale økonomi udmøntes samtidig centralt politiske aftaler på sundhedsområde, fx psykiatriaftaler, kræftplaner m.v. og udmønter dermed afsatte midler på finansloven til det decentrale sundhedsvæsen.

Nærhedsfinansiering

I loven om den regionale finansiering indgår også et resultatafhængigt finansieringselement, som udgør ca. 1 pct. af den samlede finansiering. Aktuelt udmøntes det under den såkaldte nærhedsfinansieringsordning, hvor en del af den samlede regionale finansiering på godt 1,5 mia. kr. afhænger af regionale resultater i forhold til at sikre omstillingen til det primære sundhedsvæsen. Den konkrete målopfølgning har været suspenderet siden 2019 som konsekvens af manglende datagrundlag efter omlægning af landspatientregisteret og de følgende år på grund af påvirkningen fra covid-19.

Nærhedsfinansieringens udmøntning afhænger af resultater ud fra kriterier, som fastsættes i økonomiaftalen mellem regeringen og Danske Regioner. De aktuelle kriterier har fokus på at skabe incitament til at øge omstillingen i sygehusvæsenet til mere udredning og behandling tættere på borgerne. Nærhedsfinansiering blev indført i 2019, hvor den aktivitetsafhængige finansiering blev afviklet. Den aktivitetsafhængige finansiering blev oprindeligt indført fra 2001 for at tilskynde sygehusene til flere operationer for at reducere ventetider, som på daværende tidspunkt blev betragtes som en af de største udfordringer i sundhedsvæsenet. Forøget sygehusaktivitet er derfor ikke længere et element i den overordnede styring.

Kommunal medfinansiering

Endelig indgår den kommunale medfinansiering i loven om regionernes finansiering. Den har for regionerne samme karakteristika som det generelle bloktilskud og er fordelt tilsvarende. Den kommunale medfinansiering er for regionerne ikke afhængig af konkrete aktivitetsmål eller lignende og er dermed de facto for regionerne en del af det generelle bloktilskud.

Regionerne er ca. 99 pct. finansieret ved bloktilskud fra staten (inklusive kommunal medfinansiering) og 1 pct. via det resultatafhængige finansieringselement (nærhedsfinansiering). Den samlede finansiering, herunder også nærhedsfinansieringen, er fordelt mellem regionerne efter objektive kriterier for demografi og socioøkonomi.

Regionernes styring af sygehusene

Regionerne bestemmer selv, hvordan de styrer og finansierer sygehusene indenfor de økonomiske rammer. Regionernes styring af sygehusdriften kan i dag primært karakteriseres som mål og rammestyring, mens enkelte regioner kombinerer det med få andre elementer i styringen, fx aktivitetsstyring indenfor udvalgte

sygehusområder.⁴ Det ligger i rammestyringen, at den overordnede budgetramme videreføres til det underliggende niveau. Den statslige budgetramme og styringsregime af regionerne overføres derfor fra regionerne til sygehusene, som kan disponere indenfor rammen og igen delvist overfører det til afdelingerne.

Rammestyringen indebærer grundlæggende, at sygehusenes tildeles et rammebudget, som sygehusenes skal overholde. De årlige budgetter for sygehusene fastlægges typisk på baggrund af seneste års budgetter justeret, fx for opgaveflytninger og politiske prioriteringer. Det er gennemgående for regionernes styring af sygehuse og sygehusafdelinger, at de centrale styringsparametre er overholdelse af budgetterne og patientrettighederne. Fælles for dem er, at manglende overholdelse eller fokus på målsætningerne kan have økonomiske konsekvenser for regionerne, bl.a. som følge af budgetloven, og brugen af private leverandører ved manglende overholdelse af patientrettighederne.

Det samme gør sig ikke gældende for nærhedsfinansieringen. Der er det omvendt forudsat, at der skal forekomme en regional tilpasning, hvor de overordnede mål oversættes i hver region, så de opleves relevante og hensigtsmæssige på sygehus og afdelingsniveau. Det er derfor de enkelte regioner, der beslutter, hvordan nærhedsfinansieringen, bl.a. eventuelle sanktioner, rammer de enkelte sygehuse i forhold til at understøtte en omstilling til det primære sundhedsvæsen. I styringen kan der også indgå forskellige former for incitamentsinstrumenter, fx et populationsansvar for patienters brug af det frie og det udvidede frie sygehusvalg for den befolkning, som har bopæl i sygehusets optageområde.

Regionernes ansvar for sygehusene gælder både for drift og anlæg. Den statslige styring af den regionale økonomi på anlægsområdet følger i vidt omfang samme rammer som driftsområdet, da der i de årlige økonomiaftaler fastlægges samlede budgetrammer for regionerne under ét. Dog er der i økonomiaftalen for 2024 ekstraordinært aftalt en toårig ramme, gældende for 2024 og 2025.

Ligesom på driftsområdet er budgetoverholdelse et centralt styringsparameter. Prioritering af anlægsmidlerne mellem nybyggeri, renovering/modernisering og investeringer i apparatur er overladt til den enkelte region.

Boks 1.1

Udviklingstræk i rammestyringens faser i amter/regioner

År 1986-1993: Ubundne rammebudgetter i amterne

Rammestyring af sygehusene kom af budget- og bevillingsmæssige årsager først i fokus fra midten af 1980'erne, hvor der kom bedre mulighed for at flytte midler mellem forskellige af amternes konti på grund af en regelændring. Sygehusene fik en fast budgetramme med ganske få bindinger, typisk vedrørende overførelse af lønmidler til øvrig drift. Det er normalt det, der forstås ved rammebudgetter.

Frem til begyndelsen af det nye årtusinde dominerede rammestyring for sygehusene. Under rammestyring fastsætter den overordnede budgetramme for det underliggende niveau, fx staten for regionerne og regionerne for sygehusene og sygehusene for afdelinger.

År 1993-2000/2001: Rammestyring med kontrakt

Rammestyring med kontrakt er også kendt som mål- og rammestyring. Kontrakter ændrede ikke ved, at der fortsat var tale om en bindende økonomisk ramme (rammebudget), men det specificeres i kontrakten, hvad der forventes realiseret indenfor det tilgængelige budget, det vil sige aktivitet, servicemål m.v. Kontrakten indeholdt også ofte en angivelse af, hvad der skete, hvis et højere eller lavere aktivitetsniveau end det i kontrakten forudsatte blev nået.

4 Rigsrevisionen, "Beretning om regionernes grundlag for den økonomiske styring af sygehusene", 2020.

År 2002-2016: Rammestyring med aktivitetsbaseret afregning

I perioden fra 2002-2019 blev rammestyringen suppleret med takststyringsmodeller, hvor aktivitetsmål og produktivetskrav var i fokus. Fra 2002 til 2019 var det et krav om øget produktivitet på 2 pct., hvor sygehusene beholdt gevinsten mod til gengæld at øge aktiviteten tilsvarende. Takststyringen var en meget specifik form for mål- og rammestyring. Der var fortsat tale om en bindende økonomisk ramme (rammebudget), som var suppleret med meget konkrete modeller for håndtering af et højere eller lavere aktivitetsniveau end det målsætningerne forudsatte. I den konkrete udmøntning af takststyringen var ikke mulighed for at opnå yderligere finansiering, end hvad rammestyringen angav. I praksis slog takststyringen derfor alene igennem i tilfælde, hvor de forudsatte aktivitetsmål ikke blev opnået, med reduktion af finansieringsrammen til konsekvens.

Takststyringen var baseret på DRG-systemet (diagnose relaterede grupper) med ca. 1.000 takster for stationær og ambulant behandling. Produktionsværdien blev opgjort ved hjælp af DRG-takstsystemet, som er et udtryk for de gennemsnitlige driftsudgifter indenfor hver DRG-gruppe. Taksterne bliver beregnet ved at koble den faktiske aktivitet og de forbundne omkostninger. Da DRG-taksten afspejler de gennemsnitlige omkostninger på landsplan, kan de afholdte udgifter for det enkelte sygehus både ligge over og under taksten. DRG-systemet bruges bl.a. til mellemregionale afregninger og beregninger af produktionsværdi i dag.

År 2015-2019 – Forsøg med rammestyring og moderne kontrakter

I perioden fra 2014-2015 var der stigende fokus på rammestyring som model for styringen af økonomien. Perioden var kendetegnet ved forsøg med at udvikle og afprøve nye styrings- og afregningsmodeller på udvalgte områder og med afsæt i det såkaldte værdibaseret styringsbegreb. Centralt i initiativet var ønsket om, at sundhedsvæsenet skulle opnå større sundhedsværdi pr. brugt krone samtidig med, at patienter og borgere skulle blive (endnu) mere tilfredse med sundhedsvæsenet.

Det karakteristiske for forsøgene med værdibaserede styringsgreb var, at de blev set som modsætning til aktivitetsbaseret afregning. Der var i vid udstrækning tale om en tilbagevenden til et rammebudget med en moderniseret kontrakt. Moderniseringen her består bl.a. i, at der også skal laves kvalitetsmål indenfor det aftalte rammebudget. Implementeringen af værdibaseret styring viste sig at være kompleks.⁵

År 2019 – Rammestyring og modereret moderne kontrakter

I 2019 blev aktivitetsfinansieringen endeligt udfaset og dermed også produktivetskravet på 2 pct. om året. Sygehusene er i dag mål- og rammestyret af regionerne. Der er videreført forskellige elementer fra forsøgene med den værdibaserede styring. Styringen tager udgangspunkt i, der skal være proportionalitet mellem omkostningerne med at vedligeholde styringsinstrumentet og gevinsten, der skabes, som ofte ikke var tilfældet med den fulde version af "værdibaseret styring".

Det har været en dominerende tilgang i styringsdagsordenen at komme væk fra et snævert fokus på produktivitet og aktivitet og i højere grad at styrke sammenhængen, bl.a. at sikre omstilling af aktivitet fra det sekundære sundhedsvæsen til behandling i det primære sundhedsvæsen. Det kommer bl.a. til udtryk i den statslige nærhedsfinansiering af regionerne.

Kilde: VIVE (2019): *Den statslige styring af det regionale sundhedsområde*. Rigsrevisionen (2020) *Regionernes grundlag for den økonomiske styring af sygehusene*.

5 Højgaard, Betina m.fl. "Den statslige styring af det regionale sundhedsområde: analyse af centrale instrumenter". VIVE - Det nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2018.

Udvikling i sygehusstrukturen og de akutte beredskaber

I følgende afsnit beskrives udviklingen i kapaciteten i sektoren, bl.a. antal sygehuse og udviklingen i sygehusstrukturen og de private sygehuse. I beskrivelsen er der særligt fokus på udviklingen i antal sengepladser og det akutte beredskab.

Kapacitet og indretning af sygehusstrukturen

I afsnittet om kapacitet og indretning af sygehusstrukturen beskrives sygehusstrukturen og grundlaget for udviklingen af strukturen, bl.a. med henvisning til gennemførelsen af de 16 kvalitetsfondsbyggerier.

Sygehusstrukturen i dag

Den regionale somatiske sygehusopgave udførtes i starten af 2023 af 20 sygehusenheder, fordelt på 55 matrikler. To sygehusenheder, Aalborg Universitetssygehus og Sjællands Universitetssygehus, varetager hver to akutfunktioner, for henholdsvis akutsygehuset i Thisted og akutsygehuset i Nykøbing Falster. Der er dermed 21 akutsygehuse, fordelt på 19 sygehusenheder. Bornholms Hospital har en partnerskabsaftale med Bispebjerg Hospital om at understøtte deres akutte funktion. Rigshospitalet er et traumesygehus, men har ikke funktion som et almindeligt akutsygehus med et dertilhørende optageområde. De øvrige traumesygehuse er Aalborg Universitetshospital, Aarhus Universitetshospital og Odense Universitetshospital, jf. tabel 1.1 og boks 1.2.

Tabel 1.1

De somatiske sygehuse pr. 2023

Region	Sygehusenhed	Matrikler
Hovedstaden	Amager og Hvidovre Hospital	Amager, Hvidovre ²
	Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Bispebjerg ² , Frederiksberg
	Rigshospitalet ^{1,3}	Blegdamsvej, Glostrup, Hornbæk
	Herlev og Gentofte Hospital	Herlev ² , Gentofte
	Nordsjællands Hospital	Hillerød ² , Helsingør, Frederikssund
	Bornholms Hospital	Rønne ²
Sjælland	Sjællands Universitetshospital	Køge ² , Roskilde, Faxe, Nykøbing Falster ²
	Holbæk Sygehus	Holbæk ²
	Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse	Næstved, Slagelse ² , Ringsted
Syddanmark	Sydvestjysk Sygehus	Esbjerg ² , Grindsted og Brørup
	Sygehus Sønderjylland	Aabenraa ² , Sønderborg og Tønder
	Sygehus Lillebælt	Kolding ² , Middelfart og Vejle
	Odense Universitetshospital ³	Odense ² , Svendborg, Nyborg og Ærøskøbing
Midtjylland	Aarhus Universitetshospital ³	Samsø, Skejby ²
	Regionshospitalet Gødstrup	Gødstrup ² , Holstebro, Ringkøbing, Lemvig
	Regionshospitalet Horsens	Horsens ²
	Regionshospitalet Randers	Grenaa, Randers ²
	Hospitalsenhed Midt	Silkeborg, Viborg ² , Skive, Hammel
Nordjylland	Aalborg Universitetshospital ³	Aalborg ² , Thisted ² , Hobro, Farsø
	Regionshospitalet Nordjylland	Hjørring ² , Frederikshavn, Brønderslev, Skagen

Anm.: 1) Rigshospitalet indgår ikke som et af de 21 akuthospitaler. 2)Matrikler som varetager sygehuset akutfunktion(er) (markeret med fed) 3) Traumecentre

Kilde: SST2, oktober 2019 SUU nr. 6 (Alm. del) til sundheds- og ældreministeren

Sygehusstrukturen består dermed af 21 akutsygehuse, som er indrettet med en fælles akutmodtagelse til at modtage og behandle patienter med akut opstået eller forværret sygdom eller skade. For at være et akutsygehus skal relevante akutte specialer være repræsenteret på sygehusets matrikel.

Specialsygehusene er fordelt på de resterende matrikler, der som udgangspunkt modtager patienter til planlagt behandling. Eksempler på specialsygehuse er sygehuset i Vejle og sygehuset i Næstved, jf. boks 1.2.

Boks 1.2

Sygehuskategorier

Akutsygehus

Et akutsygehus er et sygehus, der behandler akut opstået sygdom og skade. Som navnet indikerer, kan akutsygehuse som udgangspunkt modtage og behandle patienter med de fleste tilfælde af akut opstået eller forværret sygdom eller skade. Nogle akutsygehuse modtager kun patienter med somatisk sygdom og skade, andre modtager kun patienter med psykisk sygdom, mens nogle modtager begge typer patienter. Derudover varetager akutsygehuse også en lang række planlagte medicinske og kirurgiske behandlinger af patienter, herunder også diagnostik, udredning, opfølgning m.v.

For at akutsygehusene kan varetage behandlingerne, skal alle relevante akutte specialer være repræsenteret på sygehusets matrikel, da det kræver tilstedeværelse af flere specialer og fagligheder, der typisk skal samarbejde omkring udredning og behandling af patienterne.

Akutsygehus med særlig geografi

Akutsygehus med særlig geografi er et mindre sygehus med begrænsede kompetencer og vagtberedskab, der er fysisk placeret, hvor helt særlige geografiske forhold gør det nødvendigt og hensigtsmæssigt, at der kan varetages behandling af akut sygdom og skade

Den type af akutsygehus vil typisk kunne modtage patienter med akut sygdom og skade af et begrænset omfang og kompleksitet, samtidig med at de varetager en række planlagte behandlinger. Der vil typisk skulle foreligge regionale retningslinjer og samarbejdsaftaler for præhospital visitation, overflytning til større akutsygehus, brug af telemedicin m.v. Det omfatter de somatiske sygehuse på Bornholm, i Thisted og i Nykøbing Falster.

Specialsygehus

Et specialsygehus er sygehuse, der som udgangspunkt modtager patienter til planlagt og ikke akut behandling. Patienter med medicinske sygdomme kan dog i et vist omfang modtages akut på specialsygehuse, men kun for visiterede patientgrupper til fagligt velbegrundede funktioner, fx patienter med åben indlæggelse, patienter med kendt medicinsk sygdom eller patienter i palliativt forløb.

Specialsygehusene kan være organiseret med særligt fokus på udvalgte typer behandlinger eller patienter. Fx betegner Region Syddanmark sygehuset i Vejle for "Patienternes kræftsygehus", mens sygehuset i Middelfart beskrives som "Patienternes rygsygehus". Begge sygehusmatrikler er en del af Sygehus Lillebælt, der også omfatter Kolding Sygehus, som er et akutsygehus. Andre specialsygehuse er eksempelvis Odense Universitetshospital Svendborg Sygehus, Regionshospitalet Silkeborg og Regionshospitalet Hammel Neurocenter.

Traumesygehus

Et traumesygehus (også ofte kaldet et traumecenter) er nogle få, store somatiske akutsygehuse, der kan behandle meget alvorligt syge patienter, bl.a. svært tilskadekomne patienter. Målgruppen omfatter patienter med skader i flere organsystemer, patienter, hvor der på skadestedet eller andet sygehus er konstateret komplicerede skader, patienter med meget alvorlig sygdom, eller patienter der har anden betydende konkurrerende sygdom (komorbiditet). Det somatiske traumesygehus forventes dermed at kunne varetage samtlige akutte somatiske sygdoms- og skadestilfælde, der indbringes eller henvises til sygehuset, dog med enkelte undtagelser (fx børnekirurgi, trykkammerbehandling og replantation af afrevne fingre).

Det forudsættes, at sygehusene er planlagt med et befolkningsunderlag, der er væsentligt større end 400.000, og der er tale om et sygehus med Sundhedsstyrelsens godkendelse efter sundhedslovens §207-209 (vedr. specialeplanlægning) til varetagelse af relevante specialfunktioner indenfor traumebehandling, intensiv behandling m.v. Det omfatter de fire sygehuse Rigshospitalet, Aarhus Universitetshospital, Aalborg Universitetshospital og Odense Universitetshospital.

Grundlaget for ny sygehusstruktur med 21 akutsygehuse

I 2005 vurderede Sundhedsstyrelsen, at en reduktion i antallet af akutmodtagelser var en nødvendig udvikling i lyset af de øgede faglige krav til sygehusene. De politiske partier bag sundhedsloven i 2005 var på den baggrund enige om, at hvis den faglige kvalitet og hensynet til nærhed stod i modstrid med hinanden, skulle faglig kvalitet vægtes højere end nærhed til indsatsen.⁶ Det blev uddybet i Sundhedsstyrelsens rapport "Et styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen" fra 2007, som introducerede konceptet om en fælles akutmodtagelse (FAM), som indebar konkrete anbefalinger om, hvilke lægefaglige specialer der burde være repræsenteret i den fælles akutmodtagelse.

Udviklingen mod 21 akutsygehuse i Danmark tog udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens forudsætninger om bl.a. tilstrækkeligt befolkningsgrundlag og de regionale sygehusplaner. Som et led i etableringen af en ny sygehusstruktur centreret om 21 akutsygehuse blev der i 2007 afsat en statslig ramme for medfinansieringen.⁷ Den statslige kvalitetsfond udgør en investering på i alt 59,1 mia. kr. i 2024-priser. Investeringen skulle bruges på nye og moderniserede sygehuse, hvor regionerne er bygherrer og staten udbetaler støtte og fører overordnet tilsyn med de enkelte byggerier.

Til at rådgive regeringen i udmøntningen af midlerne blev der i efteråret 2007 nedsat et ekspertpanel, Erik Juhl-udvalget, der fungerede frem til februar 2014.

Hensyn til kvalitetsfundsbyggerierne

Formålet med kvalitetsfundsinvesteringen var at etablere tidssvarende sygehuse, der understøtter øget kvalitet og effektivitet i opgaveløsningen, bl.a. effektive patientflows og effektiv logistik i øvrigt. Projekterne omfatter nybyggede sygehuse såvel som tilbygninger til og moderniseringer af eksisterende sygehuse. Hertil blev en del af den samlede ramme øremærket investeringer i nyt apparatur.

I udmøntningen af midlerne har det desuden været prioriteret, at alle nybyggede sengestuer i kvalitetsfundsprojekterne er enestuer. De bagvedliggende hensyn er en øget patientsikkerhed og mulighed for privatliv, bl.a. under konsultationer og behandling på stuen. Der har også været en forudsætning om fleksibel indretning, så der løbende kan blive omstillet til fortsat mere ambulante behandling med en samtidig reduktion i sengekapaleteten for at kunne behandle flere patienter. Netop ambitionen om en øget kvalitet på sygehusbehandlingen har været drivende i etablering og placering af de 21 akutsygehuse. Et bærende princip for at højne kvaliteten på sygehusområdet har været princippet om, at "øvelse gør mester". Idéen spiller en central rolle, både ved fastlæggelse af optageområder for akutsygehusene og ved specialeplanlægningen.

6 Højgaard, Betina m.fl. "Den statslige styring af det regionale sundhedsområde: analyse af centrale instrumenter". VIVE - Det nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2018.

7 Finansministeriet, "Aftaler om den kommunale og regionale økonomi for 2008", 2007.

Etablering og placering af de 21 akutsygehuse tog derfor udgangspunkt i fire kriterier:

1. Samling af funktioner og specialer på færre enheder
2. Efterlevelse af Sundhedsstyrelsens anbefalinger på akutområdet
3. Den præhospitale indsats
4. Sammenhæng til andre regioner (sammenhængende national planlægning)

Det fremgik af økonomiaftalen med Danske Regioner for 2010, at: "Der vil blive stillet krav om effektivitetsgevinster ved investeringerne, som skal medgå til at finansiere aktivitetsvækst på sygehuse i takt med, at gevinsterne realiseres".⁸ Samlet set skal der realiseres en varig effektiviseringsgevinst på ca. 2,7 mia. kr. (2024-priser), som forudsættes realiseret senest i år ét efter ibrugtagning af de enkelte byggerier. Effektiviseringsgevinsterne bliver i den regionale økonomi til finansiering af ny sygehusaktivitet.

Dimensionering af antal sengepladser

Dimensionering af sengekapaaciteten spillede en central rolle i den nye sygehusstruktur. Ekspertpanelet (Erik Juhl-udvalget) havde noteret, at udviklingen frem til 2007 var gået i retning af flere patienter og ambulante besøg, som var blevet modsvaret af en tilsvarende reduktion i sengedage og dermed antal senge. Det samlede antal besøg og sengedage var dermed stort set ikke ændret i en lang årrække. I 1980 var der samlet set knap 11,8 mio. sengedage og ambulante besøg, mens der i 2007 var 12,1 mio. sengedage og ambulante besøg, svarende til en vækst på under 0,1 pct. om året.

Udviklingen med flere ambulante besøg og færre sengedage forventede panelet ville fortsætte. Samlet vurderede ekspertpanelet, at et pejlemærke kunne være en antagelse om en vækst i ambulante behandlinger frem til 2020 på omkring 50 pct. og et modsvarende fald i antal senge i størrelsesordenen 20 pct. Et sådant aftagende fald i antal senge, samtidigt med en fortsat vækst i antallet af ambulante besøg, kunne understøtte både en stigende og aldrende befolkning.⁹

Udviklingen i sygehusstrukturen siden 2007 i tal

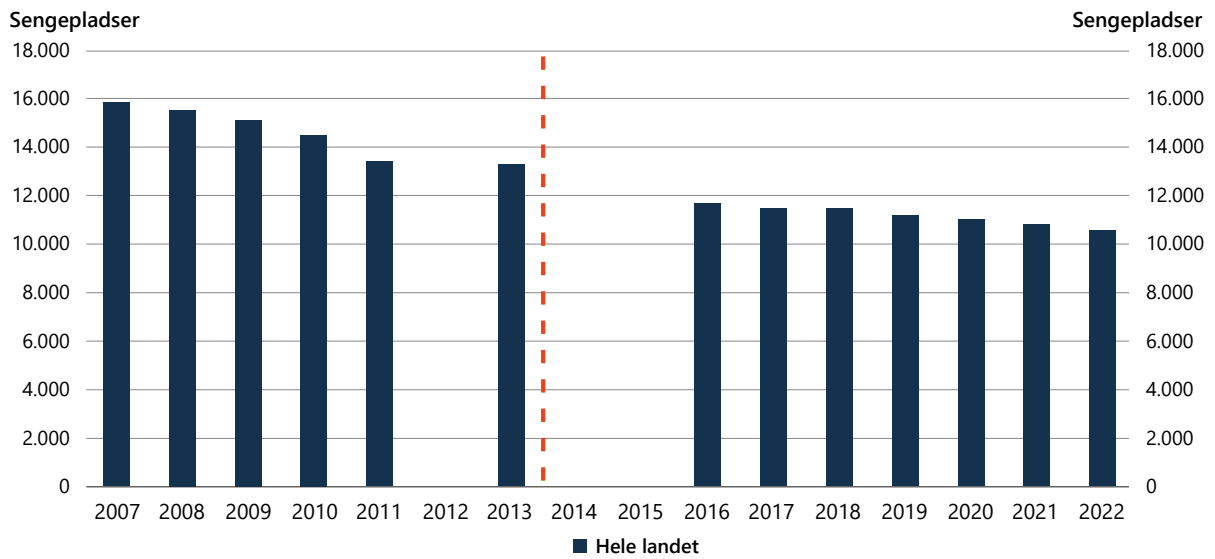
I rene tal har den nye sygehusstruktur indebåret, at der er 19 færre akutmodtagelser. Mens der i 2007 var 40 sygehuse med akutmodtagelse, så er der i dag 21 enheder, som er organiseret med en fælles akutmodtagelse. Undervejs i processen blev der nedlagt 14 sygehuse med akutmodtagelse, og 12 blev omdannet til specialsygehuse. Antallet af nedlagte sygehuse var dog større, da en række mindre sygehuse uden akutmodtagelse og under afvikling også blev endeligt nedlagt. Det gælder bl.a. sygehuse på Mors, i Grenå, Odder, Fåborg, Varde, Korsør, Kalundborg, Nakskov, Hørsholm og Helsingør.

Det samlede antal somatiske sengepladser er faldet siden 2007. Det er sket samtidig med og som et led i tilpasningen af sygehusstrukturen. De normerede somatiske sengepladser reduceret med ca. 5.000 i perioden fra 2007 til 2022, jf. figur 1.3. Det svarer til, at en tredjedel af de normerede sengepladser er nedlagt siden 2007.

8 Danske Regioner og Regeringen, "Aftale om regionernes økonomi for 2010", 2010

9 Regeringens ekspertpanel vedr. sygehusinvesteringer, "Regionernes investerings- og sygehusplaner – Screening og vurdering", 2008.

Figur 1.3
Normerede somatiske sengepladser - 2007 til 2022

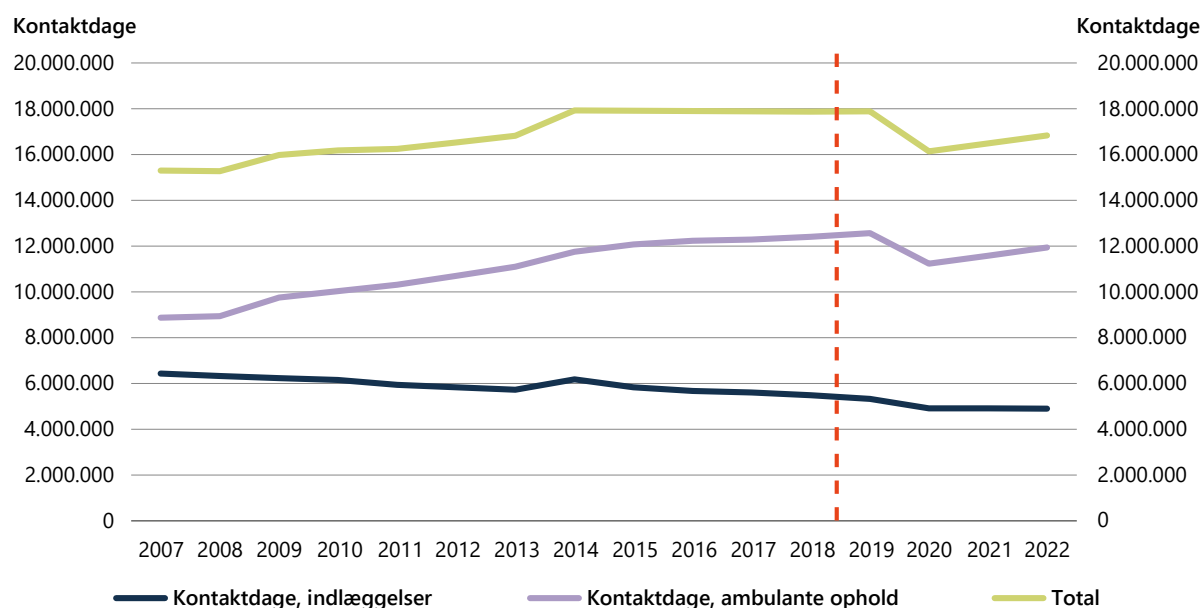


Anm.: Data mangler for hele landet i 2012 og for i 2014 og 2015 for Region Syddanmark. Den stiplede linje indikerer databrud, da tallene før 2014 er et øjebliksbillede af antal sengepladser d. 31. december i året, mens der er tale om det gennemsnitlige antal sengepladser årligt fra 2014 og frem. De somatiske sengepladser dækker sengepladser indenfor kirurgiske, medicinske, onkologiske og øvrige somatiske specialer.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsens statistik "Sengepladser og belægning" pba. oplysninger fra regionernes PAS systemer

Den forventede udvikling med et fald i sengedage med ca. 20 pct. og en stigning i ambulante besøg på ca. 50 pct. er stort set afspejlet i den faktiske udvikling, jf. figur 1.4. De konkrete tal fra perioden 2007 til 2018 viser en stigning i antal ambulante kontaktdage på 40 pct. og et fald i antal kontaktdage for indlæggelser (sengedage) på 15 pct. Figuren illustrerer desuden betydningen af covid-19 for den generelle aktivitet i sundhedsvæsenet, der faldt i 2020 og 2021, fordi store dele af den ikke-tidskritiske aktivitet blev udskudt som følge af pandemien.

Figur 1.4
Udvikling i kontaktdage (somatik og psykiatri) - Ambulante ophold og indlæggelser - 2007 til 2022



Anm.: Offentligt finansierede ophold. Sygehusopholdet skal være afsluttet i LPR pr. 10. september 2023 for at tælle med i opgørelsen. Sygehusophold som er startet i 2022 eller tidligere, men ikke afsluttet i 2023, indgår dermed ikke i opgørelsen. Der er databrud i 2019 grundet overgang til ny version af Landspatientregisteret (LPR3) primo 2019. Det betyder, at sammenligninger af tal for 2019 og frem med tal for 2018 og før skal foretages med ekstra varsomhed. Stigningen i 2014 kan skyldes at fra 1. januar 2014 overgik vagtlægeordningen i Region Hovedstaden fra at ligge i primærsektoren til at blive varetaget af sygehusene. Der vil derfor være et højere niveau af akut aktivitet i Landspatientregisteret i årene 2014-2022 i Region Hovedstaden.

Kilde: Landspatientregisteret (LPR) pr. 10. september 2023, Sundhedsdatastyrelsen.

Privatsygehuse

Regionerne kan ifølge sundhedsloven benytte private institutioner som led i løsningen af sygehusvæsenets opgaver. Regionerne benytter ofte samarbejdet med privathospitalerne til sikre hurtig og effektiv udredning og behandling af patienter, hvis kapaciteten på de regionale sygehuse ikke kan følge med.

Typer af privatsygehuse

Der findes to typer af privathospitaler i Danmark: Kommercielle privathospitaler, der sigter mod et økonomisk afkast, og non-profit privathospitaler, som er angivet ved navn i sundhedsloven §79 stk. 2, fx Epilepsihospitalet i Dianalund og Vejlefyord Rehabilitering og Center for Hjerneskade.¹⁰ Fokus i følgende afsnit er de kommercielle privathospitaler. De to første kommercielle privathospitaler går tilbage til henholdsvis 1981 og 1989.

I dag består de private sygehuse hovedsageligt af to kæder, Aleris-Hamlet og Capio og et antal mindre klinikker, bl.a. flere speciallægepraksisser, som har opnået aftaler under det udvidede frie sygehusvalg.

To typer af aftaler med de kommercielle privathospitaler

Der har udviklet sig en praksis, hvor man skelner mellem to typer af aftaler med privatsygehuse. Et privat sygehus kan have aftale med det regionale sygehusvæsen, enten som et samarbejdssygehus eller et aftalesygehus.

10 Indenrigs- og Sundhedsministeriet, "Bekendtgørelse af sundhedsloven", LBK nr 247 af 12/03/2024 § 79, stk. 2 (2024).

Et privat sygehus kan blive et samarbejdssygehus via udbudsaftaler eller tilsvarende, der indgås, når en region i en kortere eller længere periode har behov for at få varetaget dele af deres kapacitet indenfor et bestemt område. Det kan både være enkle og veldefinerede sundhedsydelse, fx grå stær eller MR-scanninger, men også hele specialer, som dækkes ind, fx bevægeapparatet (ortopædkirurgi). Takst for afregning fastlægges i gennem forhandlinger mellem regionen og den private leverandør (en såkaldt udbudstakst). Udbudstaksten afspejler den opgave, som fremgår af aftalen. Som udgangspunkt dækker udbudsafalterne ikke forpligtelser om, at de private skal varetage forskning, akutfunktioner og uddannelsesforløb i den lægelige videreuddannelse. Derimod skal den aftalte afregning dække udgifter til afskrivninger, moms, investeringer m.v., som er udgiftstyper, de private sygehuse har, men som regionens egne sygehuse ikke har. Regionerne skal tage hensyn til det, når de indgår den form for aftaler med de private sygehuse. Brugen af lokale udbudsafalter sikrer, at der løbende opnås mest økonomisk fordelagtige aftaler med privathospitaler under hensyntagen til kvalitetskrav m.v.

Et aftalesygehus er derimod et privat sygehus, som opnår ret til at behandle og/eller udrede patienter gennem det udvidede frie sygehusvalg. Det er Danske Regioner, på vegne af regionerne, der indgår en centrale aftale om det udvidede frie sygehusvalg til henholdsvis behandling og udredning. Det sker både indenfor somatikken og i psykiatrien. Forholdene i aftalerne fastlægges bl.a. af sundhedsloven, juridiske og faglige vejledninger, kliniske retningslinjer og gennem forhandling mellem Sundhed Danmark og Danske Regioner. Alle private sygehuse, der kan leve op til kravene, har ret til at opnå status som et aftalesygehus.

På nuværende tidspunkt er der tale om toårige centrale aftaler, som forhandles mellem Sundhed Danmark (Foreningen af danske sundhedsvirksomheder) og Danske Regioner på vegne af regionerne. Der er aktuelt 134 behandlingssteder, der har virke som et aftalesygehus.

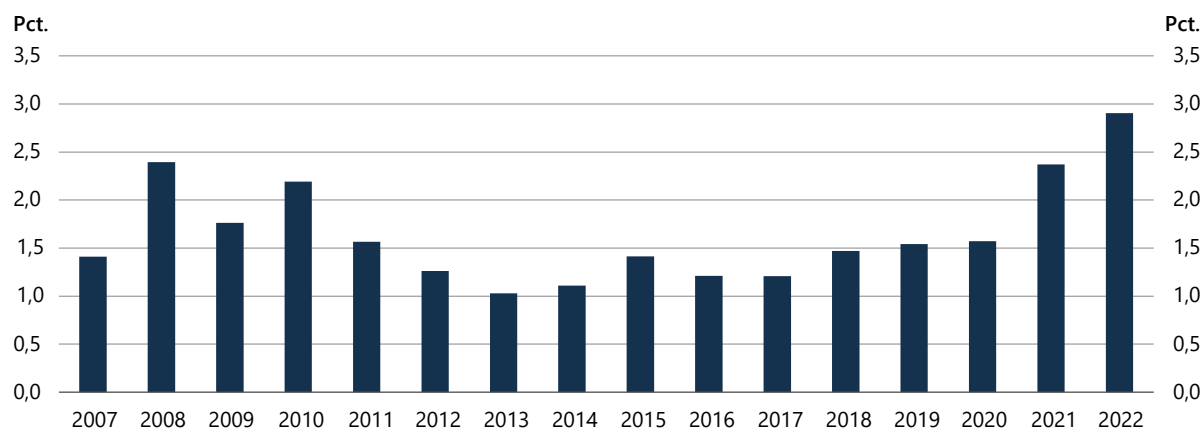
Omsætning og aktivitet

De mange behandlinger og ydelser, som sygehusvæsenet leverer og producerer, har varierende ressource-træk, fx afhængig af kompleksitet af et indgreb og behov for specialudstyr. I opgørelser af sygehusenes aktivitet kan der tages højde for det ved at opgøre produktionsværdien i stedet for antal ydelser. Produktionsværdien opgøres ved hjælp af DRG-takstsystemet.

I perioden fra 2007 til 2022 er mellem 1 og 3 pct. af den samlede regionalt finansierede produktionsværdi blevet udført på private sygehuse, jf. figur 1.5. Det varierer på tværs af områder, hvor stor en andel af produktionsværdien de private sygehuse varetager, bl.a. fordi de udfører ikke-akutte opgaver. Indenfor kirurgien varetager de en større andel på ca. 5 pct.

Andelen af offentligt finansieret produktion på de private sygehuse har været stigende siden 2020, men var indtil da stabil i en længere periode. Stigningen skyldes bl.a. øget brug af den private kapacitet i arbejdet med at nedbringe de ventelister, som opstod som konsekvens af covid-19 og overenskomstkonflikt på sygeplejerskeområdet i 2021.

Figur 1.5

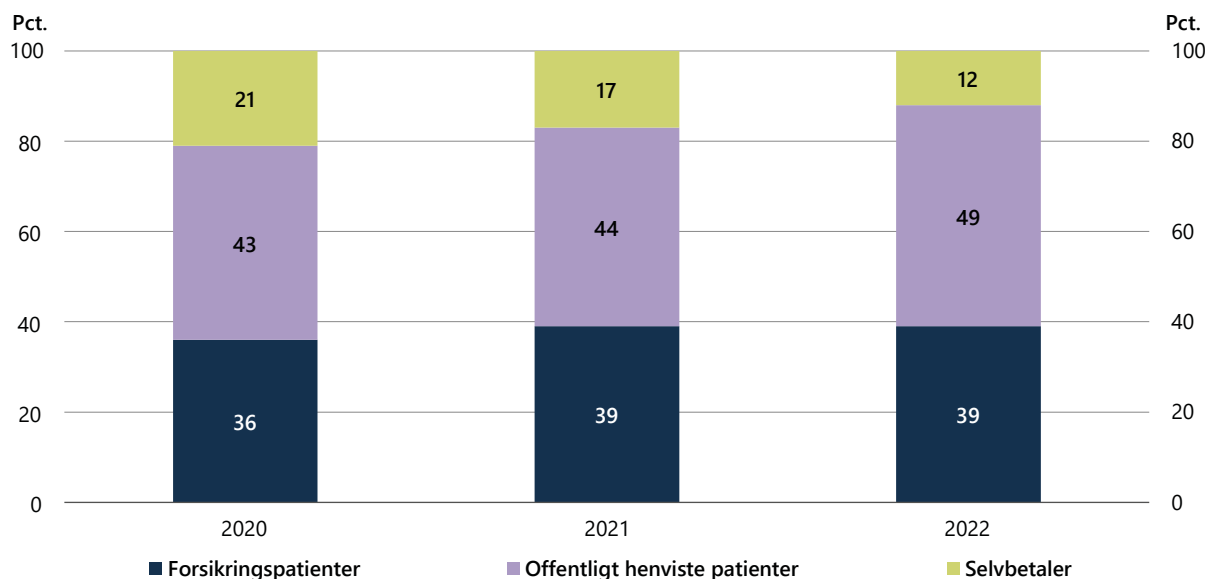
Andel af den samlede offentlige finansierede produktionsværdi udført på privatsygehus, 2007 til 2022

Anm.: Der er databrud i 2019 grundet overgang til ny version af Landspatientregisteret (LPR3) primo 2019. Det betyder, at sammenligninger af tal for 2019 og frem med tal for 2018 og før skal foretages med ekstra varsomhed.

Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Landspatientregisteret (LPR) pr. 10. marts 2023 og Landspatientregisteret (DRG-grupperet) i aktivitetsårets takst pr. 10. marts året fra Sundhedsdatastyrelsen. .

Mens de private sygehuse udfører en relativt lille, men voksende, andel af de offentligt finansierede sygehusydelser, så udgør den offentlige finansiering en væsentlig andel af privatsygehusenes indtægter. De offentligt henviste patienter står for ca. halvdelen af de private sygehuses indtægter; jf. figur 1.6. De øvrige indtægter stammer hovedsageligt fra forsikringshenviste patienter (39 pct.), mens selvbetalere finansierer knap 12 pct.

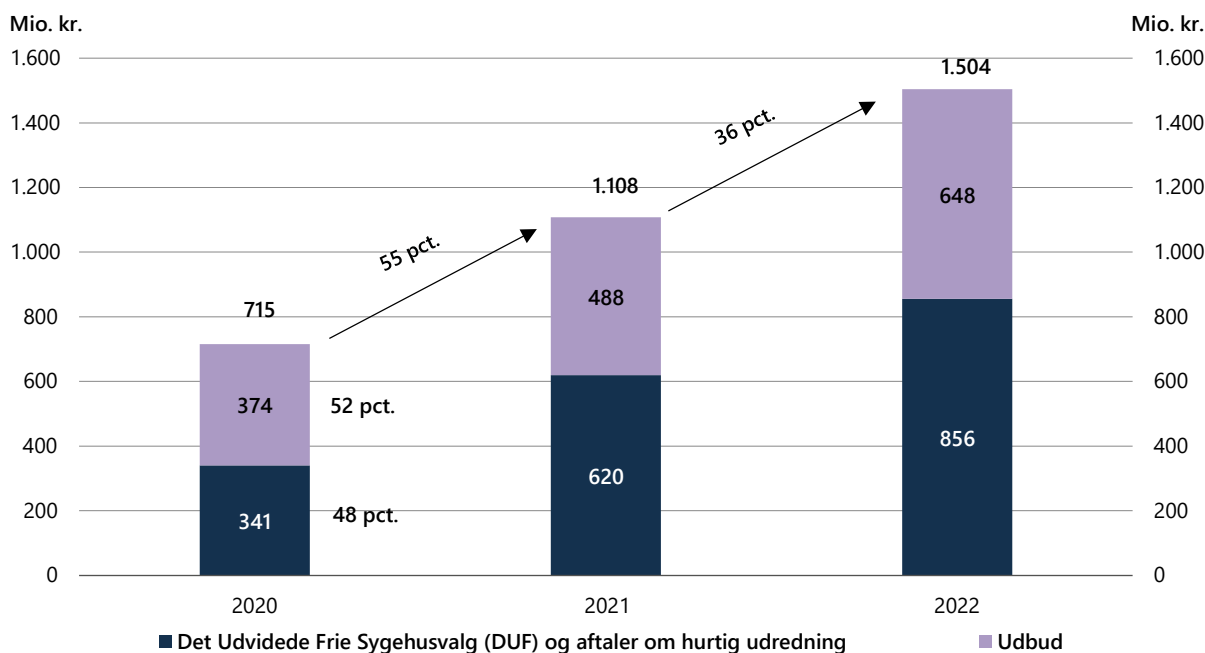
Figur 1.6
Fordeling af patientgrupper på private sygehuse efter finansiering - 2020-2022



Kilde: Sundhed Danmark, Branchestatistik 2022 på baggrund af Danske Regioner

De private sygehuses bruttoomsætning fra offentligt henviste patienter fordeler sig cirka 50/50 på aftaler fra udbud, aftaler i forbindelse med det udvidede frie sygehusvalg og aftaler om hurtig udredning, jf. figur 1.7. Andelen af omsætningen, der udgøres af sidstnævnte, er steget omkring 10 procentpoint fra 2020 til 2022. Det skal ses i lyset af de øgede ventelister, der fulgte af covid-19-pandemien og overenskomstkonflikt på sygeplejerskeområdet i 2021.

Figur 1.7

Bruttoomsætningen i mio. kroner for offentligt henviste patienter fordelt på aftaler i 2020-2022

Kilde: Sundhed Danmark, Branchestatistik 2022 på baggrund af Danske Regioner

Det akutte beredskab

Som belyst i det foregående afsnit blev der etableret en ny sygehusstruktur med udgangspunkt i 21 akut-sygehuse. Udviklingen satte nye krav til den præhospitale visitation i forhold til valg mellem forskellige akutmodtagelser og den præhospitale indsats som følge af den øgede afstand mellem akutmodtagelserne.

Derfor er det præhospitale beredskab blevet styrket for at skabe hurtig og effektiv transportmulighed og tidlig livreddende indsats, bl.a. specialiseret diagnostik og behandling på skadestedet/i hjemmet og under transport til akutmodtagelsen. Udviklingen vil blive beskrevet i det følgende.

Akutberedskabet

Akutberedskabet udgør grundstammen i regionernes præhospitale indsats og består af ambulancer, akutbiler og akutlægebiler og en landsdækkende akutlægeheliikopterordning. Tidligere var ambulancer en transportordning fra skadested til sygehus. Nu er det en del af en samlet akutindsats udenfor sygehuset, hvor behandlingen starter allerede på skadestedet og fortsætter under transporten til akutmodtagelsen.

Akutberedskab og responstider

Det er regionerne, som har ansvaret for, at borgere kan få hjælp af en ambulance døgnet rundt. Ansvar for ambulanceberedskabet er reguleret i sundhedslovens § 169 og i tilhørende bekendtgørelser. Det er regionen, der indenfor de gældende rammer og anbefalinger tilrettelægger, hvad den præhospitale indsats skal bestå af. Det betyder, at der kan være forskellige former for hjælp til borgerne i de enkelte regioner.

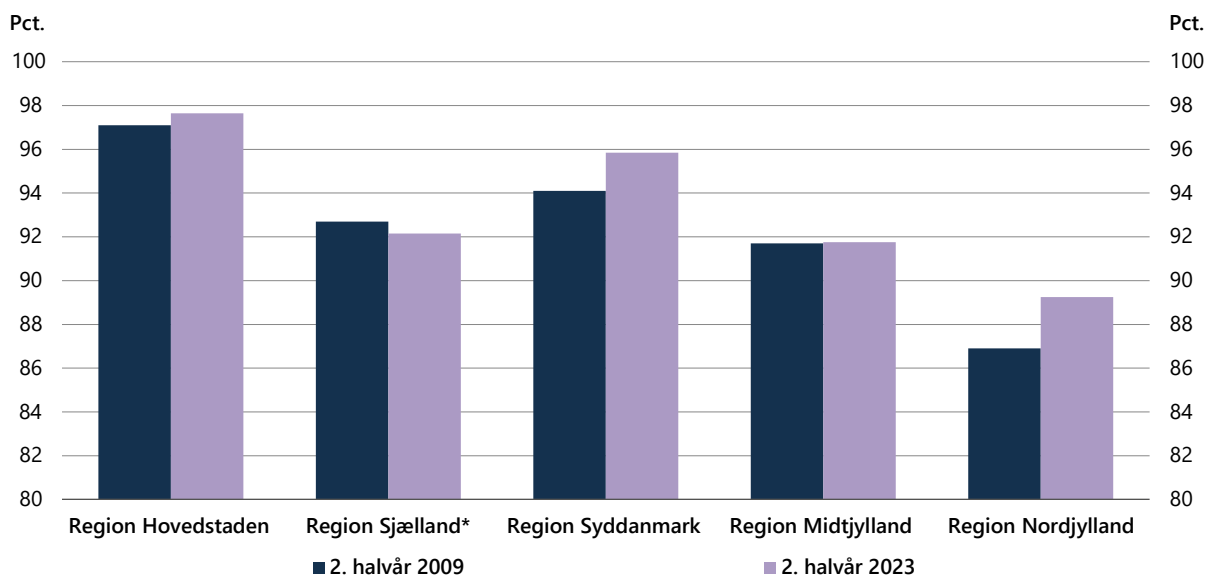
Regionerne brugte ca. 2,2 mia. kr. på ambulancekørsel og liggende sygetransport i 2023.¹¹ I alt brugte regionerne ca. 3 mia. kr. på hele det præhospitale område. Området er løbende blevet prioriteret og senest er der med finansloven for 2024 afsat 50 mio. kr. og 75 mio. kr. årligt fra 2025 og frem til et varigt løft af de regionale akutberedskaber. Det kommer oven i prioriteringen af området med Aftale om Sundhedsreform (maj 2022), hvor der blev prioriteret 23,5 mio. kr. i 2022 stigende til 65 mio. kr. årligt fra 2024, som har resulteret i 15 ekstra akutberedskaber.

Regionerne har pligt til løbende at vurdere kvaliteten af den præhospitale indsats, bl.a. ambulanceberedskabet, jf. § 15 i bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet. Det fremgår også af bekendtgørelsen, at regionerne skal fastsætte responstider for hvert beredskabsområde og løbende følge responstiderne, jf. § 19, stk. 3.

I størstedelen af regionerne er responstiden forbedret fra 2009 til 2023. I Region Hovedstaden, Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Nordjylland er en større andel af den professionelle præhospitale enhed (fx ambulance eller akutbil) fremme indenfor 15 minutter ved de akutte kørsler, mens der i Region Sjælland er sket et mindre fald i samme andel. Tallene skal dog ses i lyset af de mange ændringer, der er sket i sammensætningen og organiseringen af akutberedskaberne siden 2009. Der er relativt stor geografisk variation i responstiderne, som ikke ser ud til at have ændret sig meget fra 2009 til 2023. Ambulancerne var i sidste halvår af 2023 hurtigst fremme i Region Hovedstaden (98 pct. indenfor 15 minutter), mens de var langsomst fremme i Region Nordjylland (ca. 89 pct. indenfor 15 minutter). Der er også geografiske forskelle indenfor de enkelte regioner. Det skal ses i lyset af, at rammevilkårene er forskellige mellem regionerne, bl.a. i forhold til befolkningstæthed og geografien.

Figur 1.8

Andel akutte ambulancekørsler, som var fremme indenfor 15 minutter fra alarmmelding



Anm.: Responstiden er målt som den tid der går fra vagtcentralen modtager en alarmmelding fra alarmcentralen og til fx ambulancen er fremme. Opgørelsen dækker kørsel 1 (2009) og kørsel A (2023). For tallene vedr. sidste halvår af 2009 gælder, at andelen for Region Sjælland er beregnet eksklusive Roskilde og Lejre kommuner, mens for Region Hovedstaden er Frederiksberg og Københavns kommuner ekskluderet i perioden 1. juli – 31. august 2009.

* Det har ikke været muligt at opgøre valide responstider i Region Sjælland for 3. og 4. kvartal i 2023. Region Sjælland indgår derfor med tal for sidste halvår af 2022.

Kilde: Danske regioner samt 'STATUS FOR UDVALGET OM DET PRÆHOSPITALE AKUTBEREDSKABS ARBEJDE', 2009

Akutberedskaber har forskellige typer udkørende enheder med forskellig bemanding:

- Ambulancerne er bemandede med to kvalificerede ambulancebehandlere, der er specialuddannede til at varetage akutte situationer. I ambulancen kan patienten få ilt og målt puls, blodtryk, vejtrækning og iltmætning i blodet. I fællesskab kan de udføre en række medicinske behandlinger allerede i ambulancen, ligesom der er forbindelse til akutmodtagelsen.
- Akutbiler er en enkeltmandsbetjent støtteenhed, bemandede af en paramediciner, der er beregnet til at rykke ud og starte behandling af patienten på stedet. Akutbilen er dermed ikke indrettet til at kunne transportere patienter.
- Akutlægebiler yder avanceret lægelig støtte til ambulancetjenesten. Den bemandedes af én speciallæge, som supporteres af en lægeassistent. I 1999 var der i alt fire lægebiler, i dag er der mere end 100 læge- og akutbiler landet over, men med variation i placeringen.

Antallet af ambulancer og øvrige akutte beredskaber varierer på tværs af regionerne.

Ambulancekørslen er omfattet af udbudsregler, som EU fastsætter. Regionerne er derfor forpligtede til at sende ambulanceopgaven i udbud. Regionerne har siden 2008 haft ambulanceberedskabet i udbud tre gange hver især. Udbuddene har medført en markant ændring af driften af ambulancer, hvor regionerne i langt højere grad i dag selv forestår hele eller dele af ambulancedriften. I dag driver det regionalt ejede Ambulance Syd 39 stationer i Region Syddanmark, svarende til 77 pct. af det samlede antal beredskaber i regionen. Region Midtjylland og Nordjylland varetager selv 60 pct. af ambulancedriften. I Østdanmark driver Region Sjælland 48 pct. af beredskaberne, mens andelen som Region Hovedstaden varetager er 26 pct.¹²

Den Landsdækkende Akutlægehelicopterordning

Den Landsdækkende Akutlægehelicopterordning blev etableret i 2014 som supplement til regionernes eksisterende præhospitale beredskaber. Akutlægehelicopteren føres af en pilot og vil være bemandede af en speciallæge i anæstesiologi (præhospital akutlæge) og ambulancebehandlere med særlige kompetencer (paramedicinere). Danmark har i alt fire akutlægehelicoptere med baser i Skive, Billund, Ringsted og Saltum.

Akutlægehelicopterne er bemandede 24 timer i døgnet året rundt, og kan flyve til alle dele af landet. I dagstiden er der mobiliseringstid på 4,5 minutter. Det vil sige, at akutlægehelicopteren skal være i luften inden 4,5 minutter efter der er indkommet et alarmopkald. Om natten kan planlægning af turen og vurdering af vejret være mere kompliceret, og det kan tage længere tid. Der er omkring 5.000 årlige flyvninger.

Vagtcentraler

AMK vagtcentralen visiterer, prioriterer og disponerer brug af ambulancer og andre præhospitale enheder. AMK er en forkortelse for "Akut Medicinsk Koordinering". Formålet er at sikre, at de mest alvorligt syge eller tilskadedkomne får hjælp først ved optimal udnyttelse af ressourcerne. I forbindelse med ambulanceudbuddene i 2008 til 2009 hjemtog alle regioner ejerskabet til vagtcentralfunktionen, som tidligere havde været varetaget af ambulanceentreprenørerne. Formålet var at sikre en bedre brug af de præhospitale ressourcer. I perioden september 2009 til april 2010 etablerede regionerne egne AMK-vagtcentraler. I den forbindelse ansatte samtlige regioner sundhedsfagligt personale på vagtcentralerne, fx sygeplejersker eller ambulancebehandlere.

12 Rigsrevisionen, "Rigsrevisionens notat om tilrettelæggelsen af en større undersøgelse af ambulancedriften i regionerne", 2024.

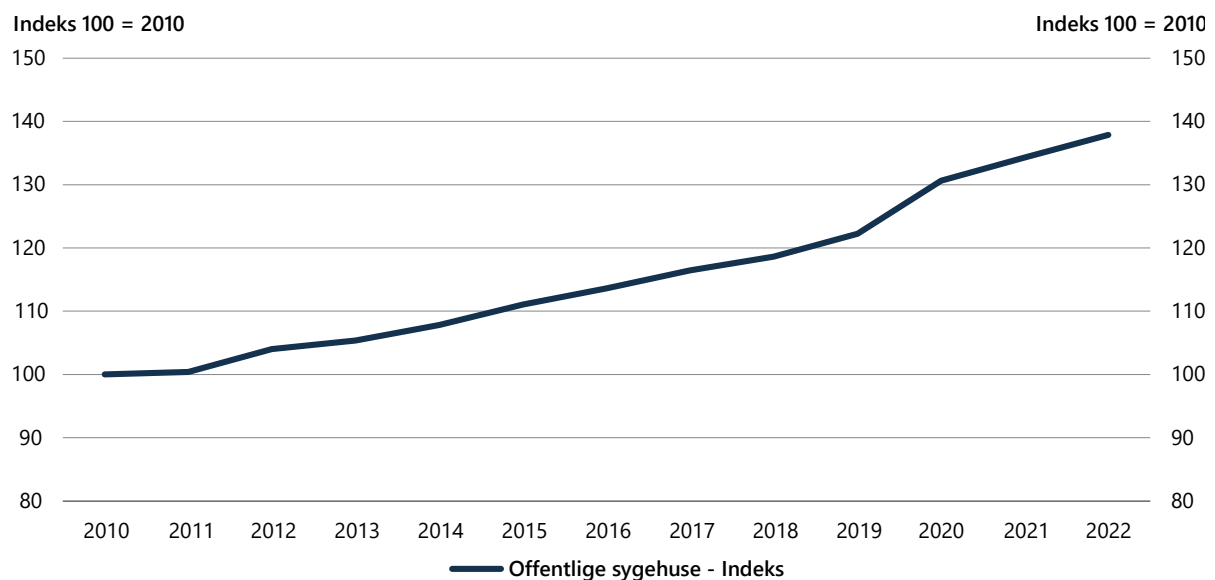
Ressourcer og kapacitet

I det følgende afsnit beskrives udviklingen i økonomi og beskæftigelsen på de offentlige sygehuse. Beskrivelserne omfatter både den samlede udvikling og sammensætning. Hvad angår udgifterne, er der bl.a. fokus på løn og medicin, og for beskæftigelsen belyses udvikling for stillingsgrupper, herunder udviklingen i administrativt personale.

Overordnet udgiftsudvikling i det regionale sygehusvæsen

Udviklingen i udgifterne til somatiske og psykiatriske sygehuse fremgår af figur 1.9. Fra 2010 til 2022 er udgifterne til de offentlige sygehuse steget med knap 40 pct. Det svarer til en gennemsnitlig årligt vækst på 2,8 pct.

Figur 1.9
Udgifter til offentlige sygehuse, indeks, 2010-2022



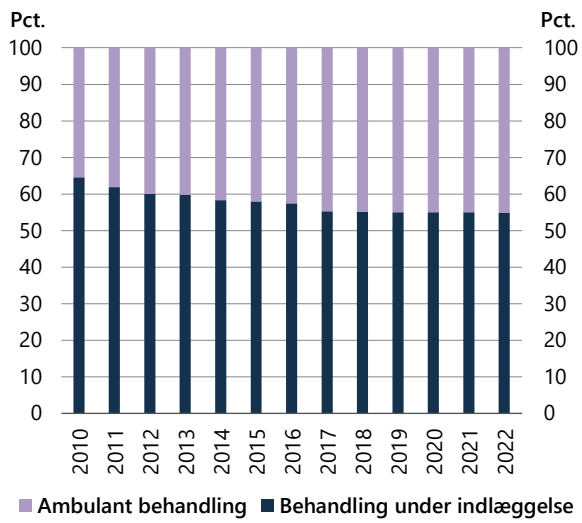
Anm.: Indeksberegningerne er foretaget på inflationskorrigerede udgifter, dvs. udgifter i faste priser. For at omregne fra løbende til faste priser er Danmarks Statistiks tabel NOF2 for offentlige forbrugsudgifter brugt som grundlag.

Kilde: Egne beregninger pba. statistikbanken.dk, tabel SHA1 og NOF2.

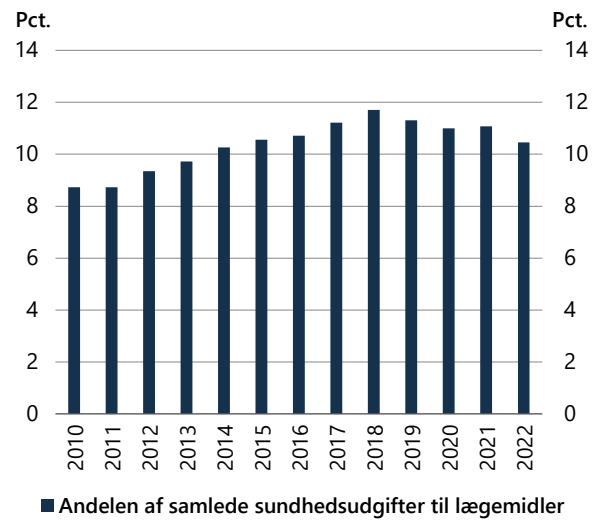
Andelen af udgifterne anvendt på det ambulante område er forøget med 10 procentpoint og udgør 45 pct. af samtlige sygehusudgifter i 2022 og afspejler dermed den generelle udvikling af, at en større andel af sygehusenes opgavevaretagelse foregår via ambulante ydelser.

Andelen af udgifterne, som bruges på sygehusmedicin, er steget med 1 procentpoint og udgør 10 pct. af samtlige sygehusudgifter i 2022, jf. figur 1.10 og 1.11. Langt hovedparten af sygehusenes udgifter går til løn, jf. figur 1.12, hvor det fremgår, at 67 pct. af de somatiske sygehuses udgifter gik til lønninger i 2023.

Figur 1.10
Fordeling af udgifter til ambulans behandling og behandling under indlæggelse

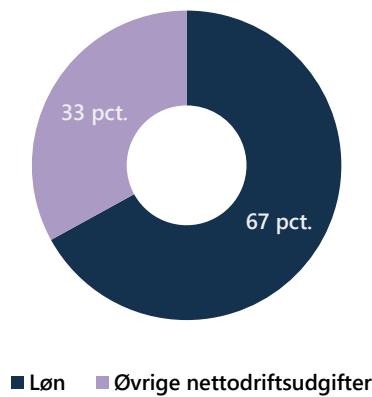


Figur 1.11
Andelen af samlede sundhedsudgifter til lægemidler



Kilde: Danmarks Statistik, tabel SHA1

Figur 1.12
Nettodriftsudgifter til somatiske sygehuse, 2023



Kilde: Egne beregninger pba. af Danmarks Statistik tabel REGR31.

Beskæftigelse på sygehusene

I følgende afsnit bliver beskæftigelsen på de offentlige sygehuse belyst. Somatikken og psykiatrien bliver behandlet under ét (se også kapitel 3). I beskrivelsen indgår den samlede regionale administration og alle regionalt ansatte på sundhedsområdet. Inklusionen vurderes at være mest retvisende for beskæftigelsen på sygehusene, fordi det varierer, om de enkelte regioner har organiseret deres sygehusadministration på tværs af sygehuse i regionen eller på de enkelte sygehuse og ændringerne i perioden. I afsnittet er antallet af ansatte opgjort som årsværk. Det betyder, at to halvtidsstillinger i alt udgør én ansat.

I 2007 var der ca. 93.000 ansatte i det regionale sundhedsvæsen, mens tallet var over 120.000 i 2023. Heraf var 111.000 ansat på sygehusene, jf. tabel 1.2. Den samlede stigning i personale har været på knap 30 pct. fra 2007 til 2023. Stigningen i personale har primært været på sygehusene. En del af udviklingen skal ses i sammenhæng med, at arbejdsdelingen med den private sektor løbende udvikler sig. Det indebærer bl.a., at alle regioner hjemtog vagtcentralfunktionen i forbindelse med ambulanceudbuddene i 2008 til 2009 og senest også har hjemtaget selve ambulancetjenesten. Samtidig overgik vagtlægeordningen i Region Hovedstaden i 2014 til at blive varetaget af sygehusene.

De øvrige ansatte, der bl.a. indgår i den fælles administration, er fordoblet i antal siden 2007. Det er en stor stigning, som delvist kan forklares af, at den nye administrative struktur efter strukturreformen først var endeligt implementeret, bl.a. i forhold til antal medarbejdere i årene efter 2007.

Tabel 1.2

Personale ansat på offentlige sygehuse, praksisområderne og i øvrig regional administration, årsværk

	2007	2023	Udvikling fra 2007 til 2023	Relativ udvikling, pct.	Bidrag til samlet vækst, pct.-point
Sygehuse	88.952	111.120	22.168	24,9	23,7
Praksisområderne (sygesikring m.v.)	210	661	451	214,8	0,5
Øvrigt	4.268	8.541	4.273	100,1	4,6
I alt	93.430	120.324	26.894	28,8	-

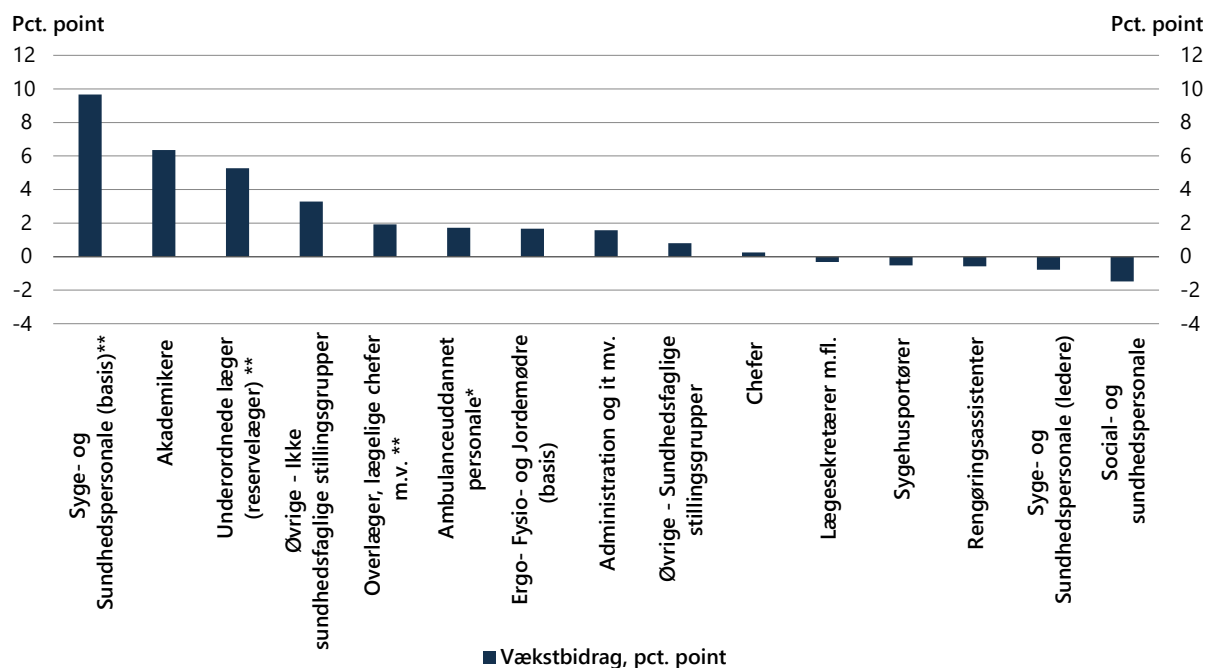
Anm.: Der er afgrænset på kontoplan til "1 Sundhed" og "4 Fællesformål og administration". Regionale opgaver ift. udvikling og specialområdet indgår således ikke. Der er kun inkluderet personer som enten er ansat på en overenskomst eller som er tjenestemænd. Dvs. elever, personer i fleksjob og ekstraordinært ansatte ikke er inkluderet i opgørelsen.

Kilde: Sirka, Kommunernes og regionernes løndatakontor (KRL)

Udvikling fordelt på stillingsgrupper

Antallet af personale på sygehusene er steget med godt 22.000 siden 2007, som redegjort for i sidste afsnit. Det er særligt syge- og sundhedspersonale (basis, det vil sige sygeplejersker, radiografer, bioanalytikere m.fl.), akademikere og underordnede læger, der driver væksten. På den måde bidrager syge- og sundhedspersonale, akademikere og underordnede læger med henholdsvis 10, 6 og 5 procentpoint af den samlede vækst på knap 30 pct., jf. figur 1.13. Sammen med gruppen af øvrige ikke-sundhedsfaglige stillinger står de fire grupper samlet for 85 pct. af sektorens samlede vækst i antal personale. Omvendt er grupperne af portører, lægesekretærer m.fl., social- og sundhedspersonale og rengøringsassistenter reduceret med samlet set ca. 2.700 ansatte, jf. tabel 1.3.

Figur 1.13

Bidrag til samlet personalevækst fordelt på stillingsgrupper, 2007-2023

Anm.: Se boks 1.3.

Kilde: Sirka, Kommunernes og regionernes løndatakontor (KRL)

Tabel 1.3

Personale ansat i regionerne, årsværk, udvalgte stillingsgrupper

	2007	2023	Udvikling fra 2007 til 2023	Relativ udvikling, pct.	Vækstbidrag, pct. point
Overlæger, lægelige chefer m.v. **	4.758	6.554	1.797	37,8	1,9
Underordnede læger (reservelæger) **	7.996	12.921	4.925	61,6	5,3
Lægeseekretærer m.fl.	7.366	7.065	-301	-4,1	-0,3
Syge- og sundhedspersonale (basis)**	35.768	44.806	9.038	25,3	9,7
Syge- og sundhedspersonale (ledere)	3.267	2.530	-737	-22,6	-0,8
Social- og sundhedspersonale	9.726	8.340	-1.386	-14,2	-1,5
Rengøringsassistenter	2.289	1.742	-547	-23,9	-0,6
Sygehusportører	2.535	2.039	-496	-19,6	-0,5
Ergo-, fysioterapeuter og jordemødre (basis)	3.631	5.180	1.549	42,7	1,7
Ambulanceuddannet personale*	0	1.607	1.607	-	1,7
Akademikere	3.393	9.335	5.942	175,1	6,4
Administration, IT m.v.	4.441	5.916	1.476	33,2	1,6

	2007	2023	Udvikling fra 2007 til 2023	Relativ udvikling, pct.	Vækstbidrag, pct. point
Chefer	437	663	226	51,7	0,2
Øvrige – Sundhedsfaglige stillingsgrupper	1.623	2.364	741	45,6	0,8
Øvrige – Ikke sundhedsfaglige stillingsgrupper	6.199	9.262	3.063	49,4	3,3
I alt	93.430	120.324	26.895	28,8	

Anm.: Der er afgrænset på kontoplan til "1 Sundhed" og "4 Fællesformål og administration". Der er kun inkluderet personer som enten er ansat på en overenskomst eller som er tjenestemænd. Dvs. elever, personer i fleksjob og ekstraordinært ansatte ikke er inkluderet i opgørelsen. "Øvrige – Sundhedsfaglige stillingsgrupper" er defineret efter Danmarks Statistik opgørelse for Social- og sundhedsfaglige uddannelser og består af: Ergo-, og fysioterapeuter og jordemødre (ledere), medicinstuderende i underordnet stillinger, neurofysiologiassistenter og -elever, omsorgs- og pædagogmedhjælpere samt pædagogiske assistenter, professionsbachelorere i ernæring og sundhed m.fl., socialpædagogisk personale, socialrådgivere, speciallægekonsulenter, sygeplejevikarer samt studenter/ventilatorer, sygehus-/hospitalsapotekerer, sygehuslæger og tandlæger.

Stillingsgruppen syge- og sundhedspersonale omfatter primært sygeplejersker, bioanalytikere og radiografer, mens social- og sundhedspersonale primært omfatter social- og sundhedsassistenter.

*)Udviklingen skal også ses i sammenhæng med, at der løbende er en udvikling i arbejdsdelingen med den private sektor. Centralt i den sammenhæng er bl.a., at alle regioner hjemtog vagtcentralfunktionen i forbindelse med ambulanceuddannede i 2008/2009, og senest har regionerne hjemtaget den egentlige ambulancetjeneste. Det har betydet, at der i 2023 var ansat godt 1.600 ambulanceuddannede personale i regionerne, jf. tabel 2A. I 2011 var ingen med den stillingsbetegnelse. Den hjemtagning er derfor også med til at øge det samlede antal regionalt ansatte.

**)Hertil kommer, at vagtlægeordningen i Region Hovedstaden fra 1. januar 2014 overgik fra at ligge i primærsektoren til at blive varetaget af sygehusene. Det kan derfor også medvirke til, at antallet af ansatte i regionerne er steget, da den funktion også blev hjemtaget. Bemandingen på 1813 er hovedsageligt sygeplejersker og læger og bidrager derfor til udviklingen i disse to kategorier.

Kilde: Sirka, Kommunernes og regionernes løndatakontor (KRL)

Ledere, administrativt personale og akademikere

Der har i de seneste år været stor politisk bevågenhed i forhold til udviklingen i administrativt personale og akademisk personale i det hele taget. Disse medarbejdergrupper er vokset i perioden 2007 til 2023 og udgør samlet set 22,2 pct. af personalet tilknyttet sygehusene.

Blandt det administrative personale, ledere og akademikere er det særligt antallet af akademikere, der er steget fra 2007 til 2023. Det gælder både antallet af akademikere i og udenfor administration. Afgrænsningen af det administrative personale fremgår af boks 1.3. Akademikerne udenfor administration er fx mere end fordoblet fra 2007 til 2023, jf. tabel 1.4. Akademikerne på sygehusene tæller bl.a. magistre (fx fysikere og biokemikere), psykologer og diplomingeniører. De sundhedsvidenskabelige kandidater, såsom læger og kandidatuddannede professionsbachelorere på sundhedsområdet, indgår ikke i kategorien.

Antallet af ansatte indenfor administration af sygehusene er steget med knap 4.400 fra 2007 til 2023. Det indebærer, at gruppen udgør en større del af det samlede antal ansatte. Stigningen svarer til et vækstbidrag på 5 procentpoint og udgør dermed knap en sjettedel (16,3 pct.) af den samlede stigning i personale på sygehusene. Både gruppen af akademikere og øvrigt personale indenfor administration er øget med omkring 2.000 ansatte.

Antallet af sundhedsfaglig ledere har stort set været konstant fra 2007 til 2023. I lyset af den generelle stigning i det samlede antal ansatte betyder det, at en mindre andel af de ansatte i 2023 har en lederfunktion (8,5 pct.) i forhold til 2007 (10,2 pct.), jf. tabel 1.4. Der er dog sket en ændring i sammensætningen af de sundhedsfaglige ledere, da en større andel i 2023 er læger, mens der fx er blevet færre ledende syge- og sundhedspersonale (sygeplejersker, bioanalytikere m.fl.).

Tabel 1.4
Personale ansat i regionerne, årsværk, udvalgte stillinger

	2007	2023	Andel af alle ansatte, 2007, pct.	Andel af alle ansatte, 2023, pct.	Udvikling, 2007-2023, pct.
Alle ansatte	93.430	120.324	100,0	100,0	28,8
Sundhedsfaglige ledere i alt (ekskl. administration*)	9.544	10.200	10,2	8,5	6,9
<i>Heraf overlæger, lægelige chefer</i>	4.758	6.554	5,1	5,4	37,8
<i>Heraf syge- og sundheds-personale</i>	3.267	2.530	3,5	2,1	-22,6
<i>Heraf øvrige**</i>	1.519	1.116	1,6	0,9	-26,5
Akademikere (ekskl. administration*)	2.372	6.112	2,5	5,1	157,7
Administration*	5.964	10.340	6,4	8,6	73,4
<i>Heraf ledere</i>	436	661	0,5	0,5	51,6
<i>Heraf akademikere</i>	939	3.096	1,0	2,6	229,8
<i>Heraf øvrig administration og IT</i>	4.589	6.583	4,9	5,5	43,4

Anm.: Der er afgrænset på kontoplan til "1 Sundhed" og "4 Fællesformål og administration". Der er kun inkluderet personer som enten er ansat på en overenskomst eller som er tjenestemænd. Dvs. elever, personer i fleksjob og ekstraordinært ansatte ikke er inkluderet i opgørelsen.

Kilde: Sirka, Kommunernes og regionernes løndatakontor (KRL)

Boks 1.3

Afgrænsning af administrative ansatte i regionerne på stillingskategorier

Administration og IT m.v.	Akademikere	Chefer
Administrationsøkonomer	Chefkonsulenter	Andre chefer
Assistentter	Civiløkonomer	
Datamatikere/Datanomer/AU'ere	Handelsjurister m.fl	
Edb-ass. mv. ¹	Jurister og økonomer ²	
IT-medarbejdere	Specialkonsulent	
Kontorassistenter		
Kontorserviceuddannede		
Ledere		
Markedsføringsøkonomer		
Overassistenter, lukket gruppe		
Professionsbacheloror		
Specialister		
Specialister, IT-personale		

Anm.: Ansatte i regionerne er defineret som tjenestemænd og overenskomstansatte med en overenskomst på det regionale forhandlingsområde. Herunder indgår også et mindre antal ansatte med "KL-stillingskoder" på grund af tidligere ansættelse på det kommunale forhandlingsområde. Det vil typisk være personlige ordninger – dvs., at der ikke bliver ansat nyt personale med disse "KL-stillingskoder" på det regionale område. 1) inklusive operatører, programmør, systemplanlægger samt informatikassistenter 2) inkl Jurister og økonomer, gammelt lønforløb

Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor (KRL) og det regionale budget- og regnskabssystem

Opgaveløsning

I det følgende afsnit beskrives sygehusenes opgaveløsning. Sygehusene løser flere opgaver som følge af en stor patientstigning. Opgaveløsningens karakter har samtidig ændret sig. Kvaliteten af en stor del af sygehusbehandlingen er øget markant, bl.a. på kræftområdet, produktiviteten steget og patientforløbene accelererede.

Patientsammensætning og -kontakt med sygehus

Sygehusenes opgaveløsning har ændret sig markant indenfor de seneste 20 år. Mens antallet af indlæggelsesdage er reduceret kraftigt, så er den ambulante aktivitet øget relativt kraftigere. Der var i 2022 langt færre indlæggelsesdage (24 pct. færre) end i 2007, mens antallet af dage med ambulante kontakt er steget med 35 pct., jf. figur 1.4. Antallet af ambulante kontaktdage er steget så meget, at det samlede antal kontaktdage er øget på trods af de færre indlæggelsesdage. Der skal tages forbehold for opgørelsen, da tallene er påvirket af både omlægning til LPR3 samt oprettelsen af 1813 (Vagtlægeordning i Region Hovedstaden). Samtidig indebærer opgørelsesmetoden for kontaktdage, at en dag med indlæggelse sidestilles med en dag med mindst en ambulant kontakt, selvom det i mange tilfælde ikke er muligt direkte at erstatte en indlæggelse med et ambulant besøg på sygehuset. Antallet af kontaktdage kan dog alligevel bruges som en indikation på den opgaveløsning, sygehusene varetager.

Tendensen med flere kontaktdage, mere ambulant aktivitet og færre indlæggelsesdage kan have flere og samtidige forklaringer, som er relateret til en ændret opgaveløsning på sygehusene. Det kan fx hænge sammen med, at:

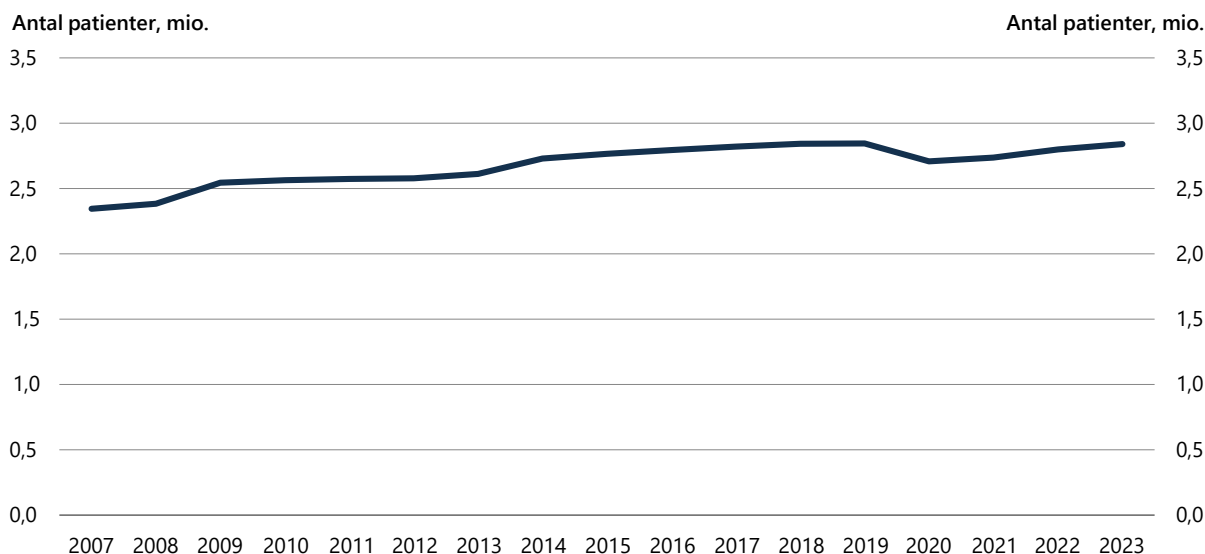
- Der er kommet flere patienter i takt med at befolkningen vokser
- Patientsammensætningen har ændret sig fx ved et ændret sygdomsbillede eller en større andel ældre patienter
- Sygehusene er i stand til at behandle anderledes end tidligere, så ambulant behandling i nogen grad kan erstatte en sygehusindlæggelse.

I det følgende undersøges hver af de mulige forklaringer.

Der er kommet flere patienter

Der er et stigende antal personer, der hvert år er i kontakt med det offentlige somatiske sygehusvæsen, enten igennem en indlæggelse eller et ambulant besøg. Sygehusene behandlede i 2023 omkring 2,8 mio. personer, som er 23 pct. flere end i 2007. Omkring halvdelen af befolkningen (48 pct.) var dermed i kontakt med sygehusvæsenet i 2023. Det ser derfor ud til, at det stigende antal kontaktdage bl.a. kan forklares af et større patienttal.

Figur 1.14

Antal personer med mindst én kontakt til det offentlige somatiske sygehusvæsen i året, mio.

Kilde: Landspatientregisteret (LPR) pr. 10. marts 2024, Sundhedsdatastyrelsen.

Henset til at befolkningen fra 2007 til 2023 er steget i mere moderat omfang (9 pct.), jf. tabel 1.5, er stigningen i patienter i sygehusvæsenet relativt stor. Patientstigningen kan både hænge sammen med, at befolkningen i gennemsnit er blevet ældre, og en større del af befolkningen har en behandlingskrævende sygdom. Det kan imidlertid også afspejle, at personer, der tidligere fik behandling i sundhedsvæsenets øvrige sektorer, i dag i stedet får behandling på et sygehus, eller sygehuse har fået nye behandlingstilbud, der ikke eksisterede før i tiden.

Tabel 1.5

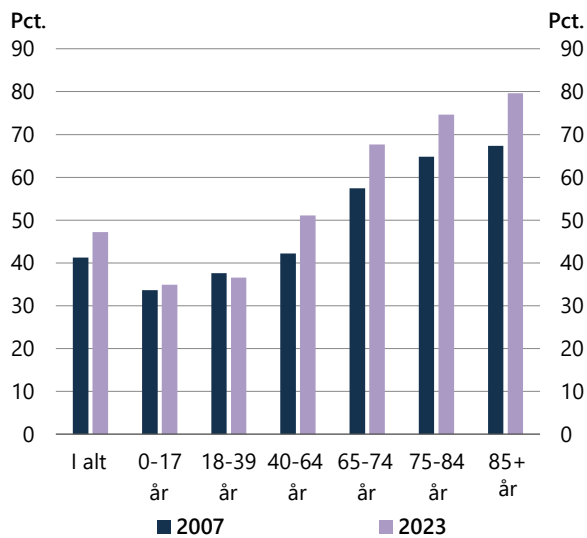
Udvikling i befolkningen pr. 1. januar i året

	2007	2023	Pct.-ændring
Region Hovedstaden	1.636.749	1.891.871	15,6
Region Sjælland	816.118	849.857	4,1
Region Syddanmark	1.189.817	1.237.413	4,0
Region Midtjylland	1.227.428	1.358.879	10,7
Region Nordjylland	576.972	594.634	3,1
Hele landet	5.447.084	5.932.654	8,9

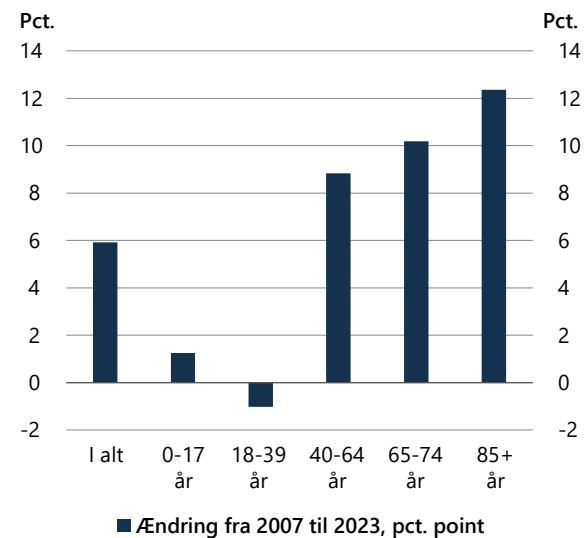
Kilde: Statistikbanken, Danmarks statistisk, tabel FOLK1A samt BEF1A07

På tværs af alle aldersgrupper over 40 år er der sket en stigning i, hvor stor en andel der har sygehuskontakt, jf. figur 1.15. Mens 65 pct. af de 75-84-årige i 2007 havde mindst en sygehuskontakt, så var det steget med 10 procentpoint til i 2023 at være 75 pct. Den højere patientfrekvens på tværs af aldersgrupper er en indikation på, at det stigende antal sygehuspatienter er drevet af andre faktorer end en aldrende befolkning. Det kan med udgangspunkt i tallene dog ikke godtgøres, om stigningen i befolkningens kontakt til sygehusvæsenet fx skyldes ændrede behandlingstilbud eller et ændret sygdomsbillede.

Figur 1.15
Andel i befolkning med kontakt til somatisk sygehus



Figur 1.16
Ændring i andel af befolkning med kontakt til somatisk sygehus, 2007-2023



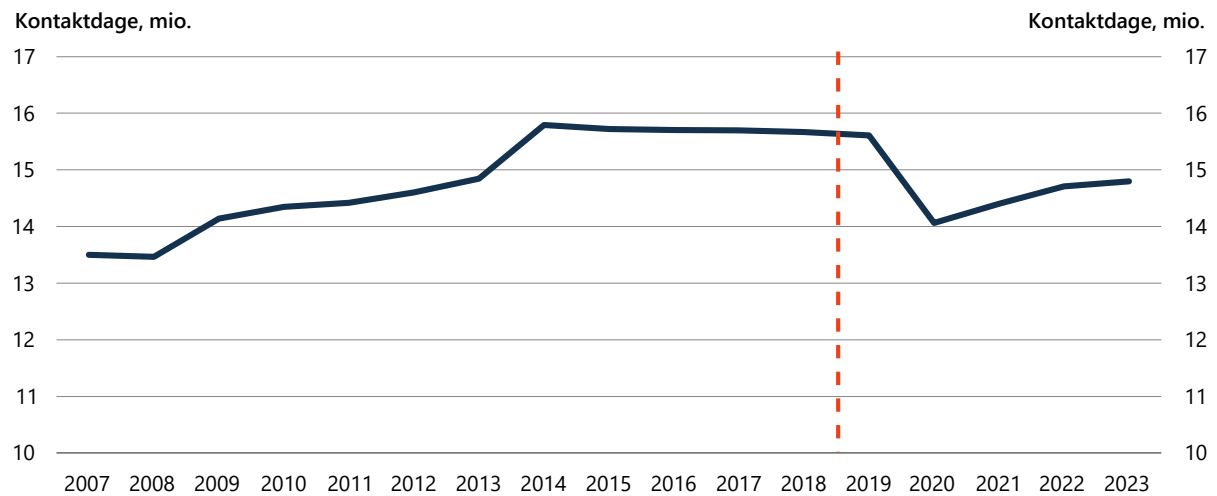
Anm.: Der er i opgørelser afgrænset til aktivitet, der er offentligt finansieret, dvs. sygehusophold, hvor alle kontakter i opholdet er offentligt finansieret. Der er derudover afgrænset til personer med dansk bopæl på udskrivningstidspunktet for sidste kontakt i opholdet. Opholdet er ikke nødvendigvis afsluttet i året. Ved ophold, som går på tværs af år, tilskrives antallet af kontaktdage det år, hvor kontakten rent faktisk har været. Sygehusopholdet skal være afsluttet i LPR pr. 10. marts 2024 for at tælle med i opgørelsen. Sygehusophold som er startet i 2023 eller tidligere, men ikke afsluttet på opgørelsesdatoen indgår således ikke i opgørelsen.

Kilde: Landspatientregisteret (LPR) pr. 10. marts 2024, Sundhedsdatastyrelsen samt tabel BEFOLK1, Statistikbanken, Danmarks Statistik

Der er flere patienter og derfor flere kontaktdage

Det øgede antal patienter på de somatiske sygehuse har betydet en stigning i det samlede antal kontaktdage. I 2023 var der 14,8 mio. kontaktdage i somatikken, som er 1,3 mio. flere end i 2007, hvor der var 13,5 mio. kontaktdage. Der er dermed sket en stigning på knap 10 pct. Det er værd at bemærke, at stigningen ikke er lige så stor som stigningen i antallet af patienter. Det betyder, at hver patient i gennemsnit har færre kontaktdage.

Figur 1.17
Antal kontaktdage i det somatiske sygehusvæsen i året



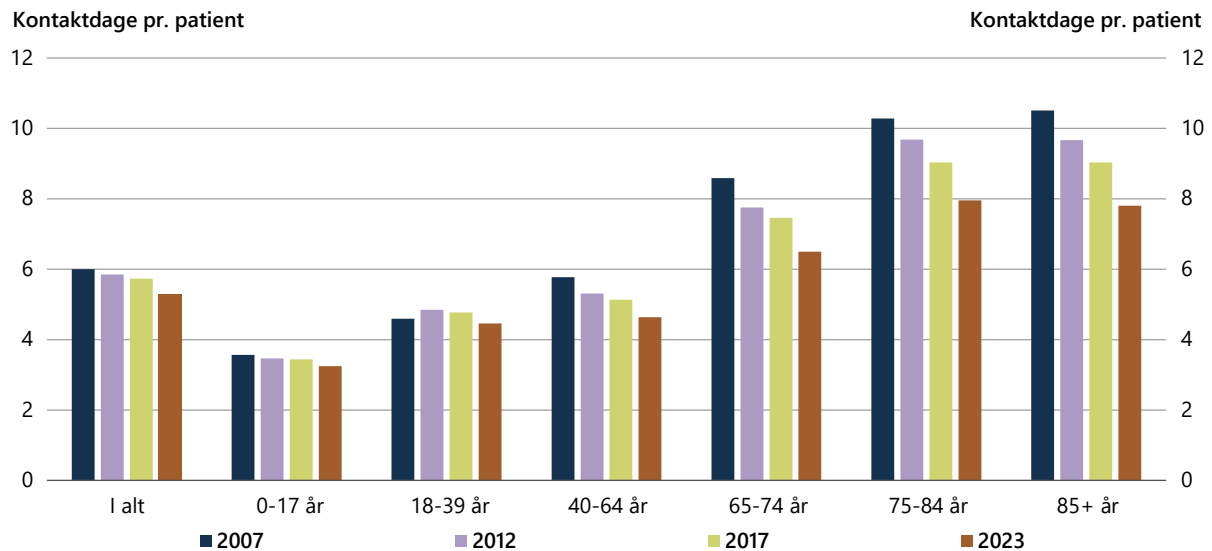
Anm.: Der er databrud i 2019 grundet overgang til ny version af Landspatientregisteret (LPR3) primo 2019. Det betyder, at sammenligninger af tal for 2019 og frem med tal for 2018 og før skal foretages med ekstra varsomhed. Stigningen i 2014 kan skyldes, at fra 1. januar 2014 overgik vagtlægeordningen i Region Hovedstaden fra at ligge i primærsektoren til at blive varetaget af sygehusene. Der vil derfor være et højere niveau af akut aktivitet i Landspatientregisteret i årene 2014-2022 i Region Hovedstaden.

Kilde: Landspatientregisteret (LPR) pr. 10. marts 2024, Sundhedsdatastyrelsen

Der er mest kontakt til sygehusvæsenet blandt de ældste patienter

Der er betydelig variation i antallet af kontaktdage pr. patient på tværs af aldersgrupper. Mens en patient over 85 år i gennemsnit havde 7,8 kontaktdage i 2023, havde de 40-64-årige patienter i gennemsnit 4,6 dage. Forskellen tilsiger, at antallet af kontaktdage i sygehusvæsenet vil øges, når der kommer flere ældre.

Figur 1.18
Kontakt dage pr. patient, fordelt på aldersgrupper, udvalgte år



Anm.: Alder er beregnet på opholdets startstidspunkt. Det betyder, at det nogle personer kan indgå i to aldersintervaller.

Kilde: Egne beregninger på, Landspatientregisteret (LPR) pr. 10. marts 2024, Sundhedsdatastyrelsen

Samtidig fremgår det af figuren, at antallet af kontaktdage pr. patient i gennemsnit er faldet med 0,7 dage fra 2007 til 2023. Udviklingen er særligt udtalt for patienter i aldersgruppen over 65 år. Den faldende antal sygehuskontakter pr. patient i de ældste aldersgrupper kan både skyldes, at de ældre patienter i gennemsnit er mere raske i 2023 end tilfældet var i 2007, eller behandlingen er blevet mere effektiv. En anden forklaring kan være en ændret opgavevaretagelse mellem det sekundære og det primære sundhedsvæsen, hvor det kommunale sundhedsvæsen i samarbejde med de almenmedicinske tilbud varetager en større andel af behandlingsforløbet.

Forbruget af sygehusedelser er steget med mindre end demografien tilsiger

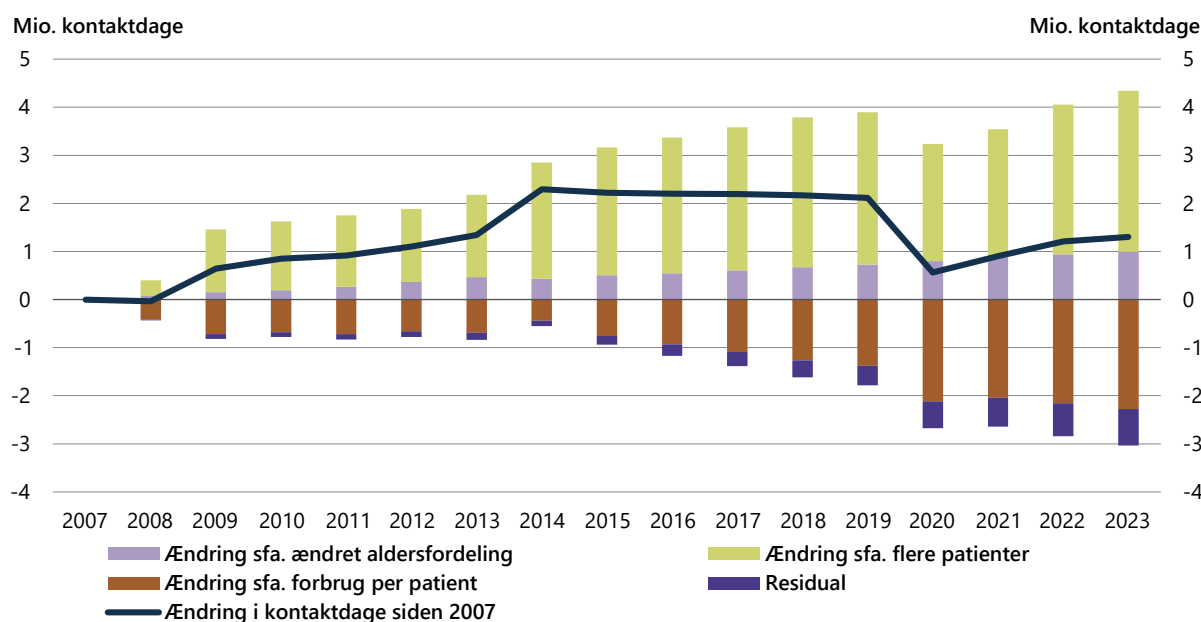
Som beskrevet kan den samlede stigning i kontaktdage forklares med et større antal patienter, en stigning i andelen af ældre patienter og et ændret kontaktmønster pr. patient.

I figur 1.19 er det illustreret, hvordan forholdene har påvirket antallet i kontaktdage siden 2007. Det lille område afspejler, hvordan antallet af kontaktdage ville have udviklet sig, hvis det alene var patienternes alderssammensætning, der ændrede sig, mens antallet af patienter og deres forbrug konstant er svarende til i 2007. Det illustrerer, at den større andel af ældre patienter i 2023 har trukket i retning af omkring 1 mio. flere kontaktdage. Figuren viser også, at det i særligt høj grad er det øgede antal patienter (ved et antaget fast omfang af kontakt pr. patient og en aldersprofil som i 2007), der har trukket i retning af flere kontaktdage (grønne søjler). Omvendt har hver patient i gennemsnit haft mindre sygehuskontakt (brune søjler). Det betyder, at stigningen i kontaktdage ikke har været så markant, som den ændrede demografi med flere patienter og en større andel ældre patienter ellers ville tilsige.

Udviklingen med færre kontaktdage pr. patient og et samlet fald i indlæggelsesdage kan ses som indikationer på en mere effektiv sygehusbehandling. Det skal dog ses i lyset af den kraftige stigning i antallet af sygehuspatienter og de samtidige indikationer på, at der kommer flere patienter ind på sygehuset, som tidligere er blevet afsluttet på et lavere specialiseringsniveau, fx i det almenmedicinske tilbud eller hos en praktiserende speciallæge. Det kan indikere en u hensigtsmæssig opgaveudvikling, hvor patienterne afsluttes på et højere omkostningsniveau, end hvad der er mest omkostningseffektivt. Hvis den modgående ændring i form af færre kontaktdage pr. patient ikke var forekommet, ville sygehuse i dag have haft væsentlig større kapacitetsudfordringer end tilfældet reelt set er i dag.

De beskrevne analyser kan ikke forklare, om udviklingen med et reduceret antal kontaktdage pr. patient kan henføres til en forbedret effektivitet på sygehusene med accelererede forløb eller en ændret arbejdsdeling mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen. Hvis forklaringen er accelererede forløb, er det både til gavn for patienten og det samlede ressourcetræk i sundhedsvæsenet, mens en ændret arbejdsdeling blot flytter opgaven. Formentlig har begge tendenser bidraget til udviklingen.

Figur 1.19
Dekomponering af vækst i antal kontaktdage ift. 2007



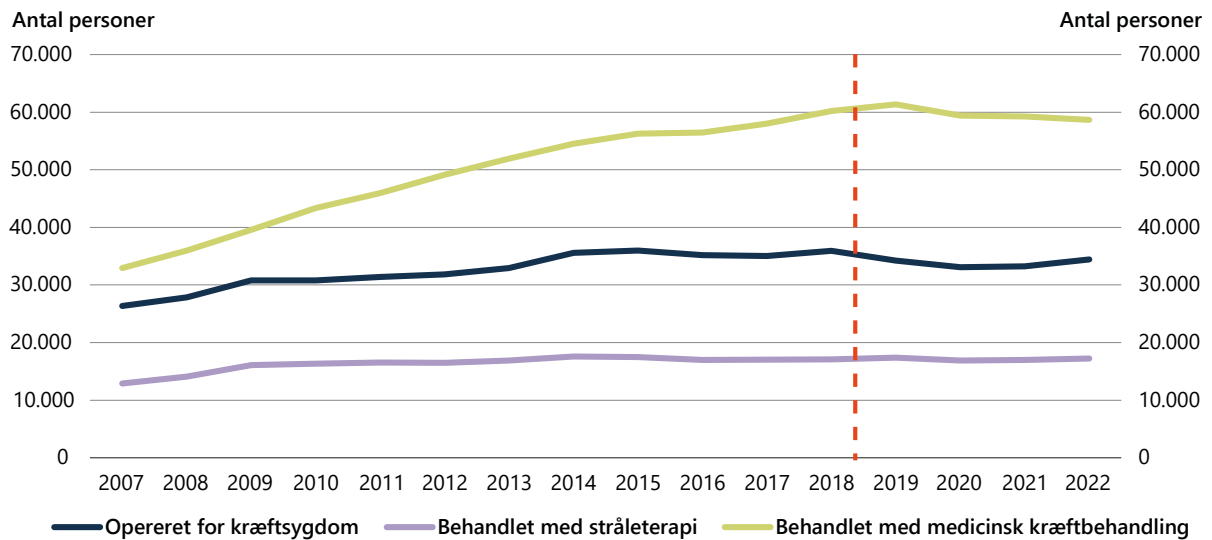
Kilde: Egne beregninger på, Landspatientregisteret (LPR) pr. 10. marts 2024, Sundhedsdatastyrelsen

Behandlingskvalitet

Som tidligere udfoldet, har sygehusvæsenet de sidste 20 år via investeringer, moderniseringer og udnyttelse af stordriftsfordele gennemgået en nødvendig og hensigtsmæssig udvikling. Det har løftet kvaliteten for sygehuspatienterne. Den højere kvalitet ses bl.a. på kræft- og hjerteområdet, hvor dødeligheden er nedbragt betragteligt.

Figur 1.20 viser, at flere personer opereres eller behandles for kræft over årrækken fra 2007 til 2022, særligt behandling med medicinsk kræftbehandling, fx kemoterapi. Her behandles 78 pct. flere med den type af behandling i 2022 sammenlignet med 2007.

Figur 1.20
Udvikling i antal personer opereret eller behandlet for kræft, 2007 til 2022



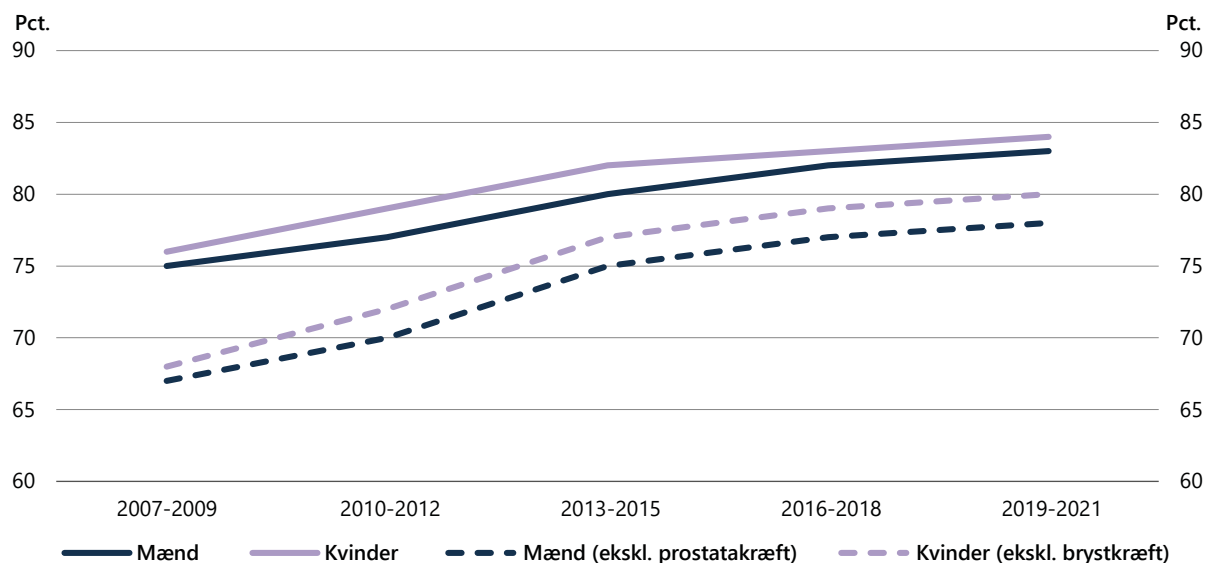
Anm.: Opgørelsen er afgrænset til offentligt finansieret aktivitet og til personer med dansk bopæl. Personer kan være behandlet på både offentligt og privat sygehus og i flere af årene og tallene kan derfor ikke summeres. Der er databrud i 2019 grundet overgang til ny version af Landspatientregisteret (LPR3) primo 2019. Det betyder, at sammenligninger af tal for 2019 og frem med tal for 2018 og før skal foretages med ekstra varsomhed.

Kilde: Landspatientregisteret (LPR) pr. 10. marts 2023, Sundhedsdatastyrelsen.

Udover at flere behandles for kræft, så er overlevelsen af kræft også stigende. Den etårige og femårige overlevelsesrate efter kræft er steget i årrækken 2007 til 2021, jf. figur 1.21 og 1.22.

Overlevelsen, både et og fem år efter en kræftdiagnose, er marginalt højere for kvinder end for mænd. Den etårige overlevelsesrate er steget med 8 procentpoint for både mænd og kvinder i tidsperioden for alle kræftformer. Ekskluderes kønsspecifikke kræftformer, såsom brystkræft for kvinder og prostatakræft for mænd, ses samme mønster med en relativ etårs overlevelse, der er steget henholdsvis 11 procentpoint for mænd og 12 procentpoint for kvinder.

Figur 1.21
Relativ etårs kræftoverlevelse i pct., 2007-2009 til 2019-2021

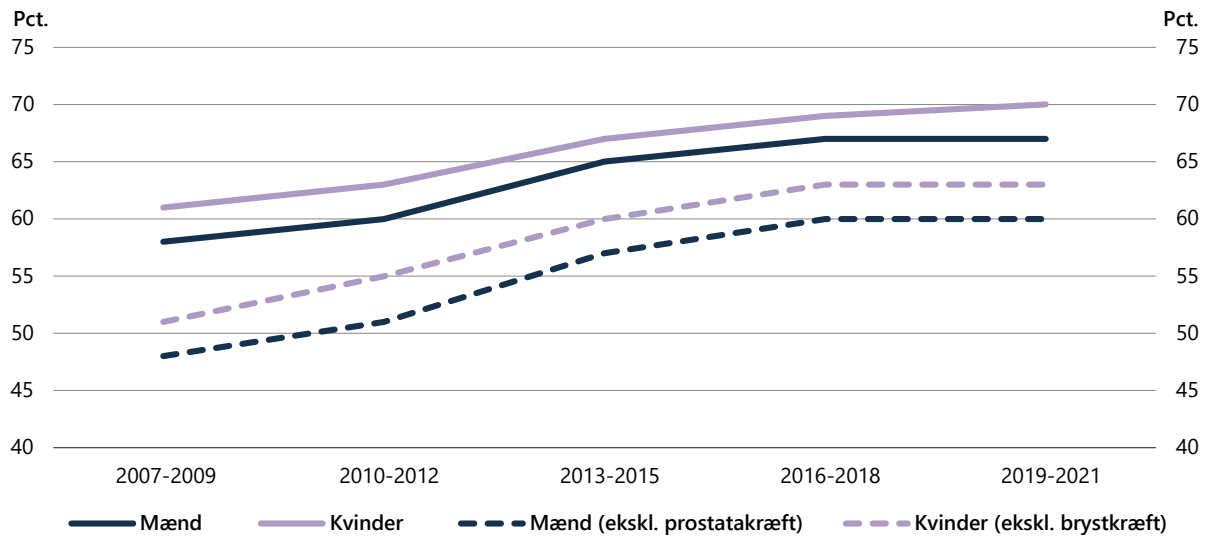


Anm.: Etårs aldersstandardiseret relativ overlevelse efter kræft (eksklusive anden hudkræft end modermærkekræft) for kvinder (i alt og eksklusive brystkræft) og mænd (i alt og eksklusive prostatakræft). Kræfttilfældene er opdelt i fem treårs diagnoseperioder, 2007-2009, 2010-2012, 2013-2015, 2016-2018 og 2019-2021. De 3-årige perioder er valgt for at få et mere detaljeret billede af udviklingen over tid og dermed tidligere at kunne identificere ændringer uden at miste for meget robusthed i analyserne.

Kilde: Cancerregisteret og CPR, Sundhedsdatastyrelsen.

Det samme mønster gør sig gældende for den femårs relative overlevelse. Overlevelseshraten er steget med 9 procentpoint for både mænd og kvinder i tidsperioden for alle kræftformer. Igen har kvinder en højere overlevelseshrate end mænd, men for overlevelseshraten her er forskellen mellem kønnene større. Både i den første (2007 til 2009) og seneste diagnoseperiode (2009 til 2021) er der 3 procentpoint til forskel i overlevelseshraten. Det samme gør sig gældende, når bryst- og prostatakræft ekskluderes for kvinder og mænd.

Figur 1.22
Relativ femårs kræftoverlevelse i pct., 2007-2009 til 2019-2021



Anm.: Femårs aldersstandardiseret relativ overlevelse efter kræft (eksklusive anden hudkræft end modermærkekræft) for kvinder (i alt og eksklusive brystkræft) og mænd (i alt og eksklusive prostatakræft). Kræfttilfældene er opdelt i fem treårs diagnoseperioder, 2007-2009, 2010-2012, 2013-2015, 2016-2018 og 2019-2021. De treårige perioder er valgt for at få et mere detaljeret billede af udviklingen over tid og dermed tidligere at kunne identificere ændringer uden at miste for meget robusthed i analyserne.

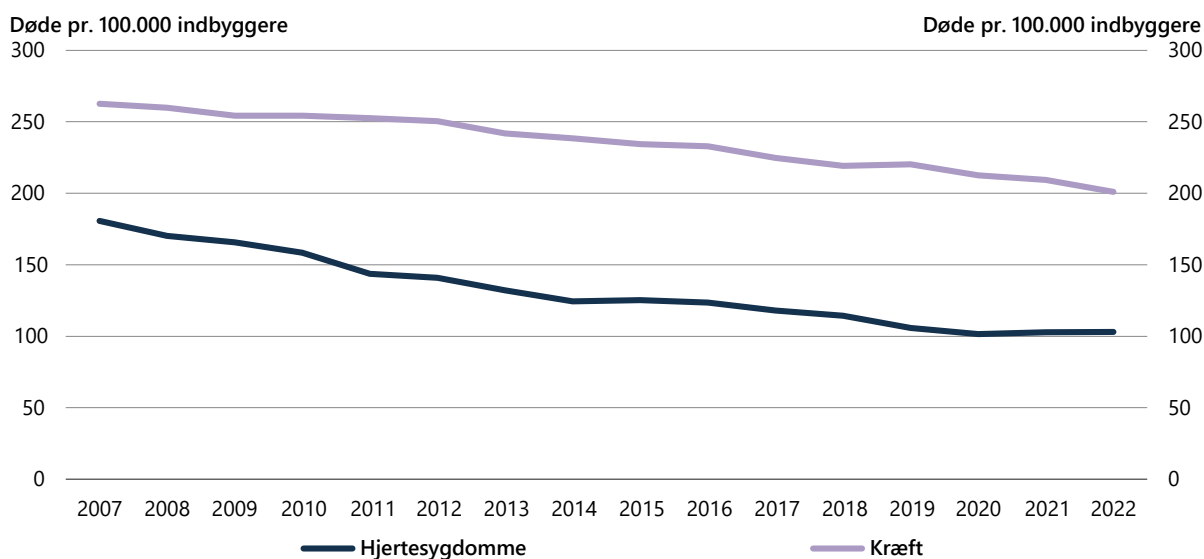
Kilde: Cancerregisteret og CPR, Sundhedsdatastyrelsen.

I lighed med stigende overlevelsesserater, både et- og femårs relativ overlevelse for patienter med kræft, ses det samtidig, at dødeligheden på både kræft- og hjerteområdet er faldet markant fra 2007 til 2022, jf. figur 1.23.

Som tidligere er hjertedødeligheden, relativt til andre lande, lav. Danmark har den femte laveste dødelighed blandt OECD-lande, kun overgået af Korea, Japan, Frankrig og Nederlandene.¹³ På hjerteområdet er dødeligheden faldet med 43 pct. fra 2007 til 2022, og for kræftsygdomme er dødeligheden næsten faldet med 25 pct.

13 OECD. "Health at a Glance 2021: OECD Indicators". Health at a Glance. OECD, 2021.

Figur 1.23
Dødelighed for kræft og hjertesygdomme, køns- og aldersstandardiseret, 2007 til 2022



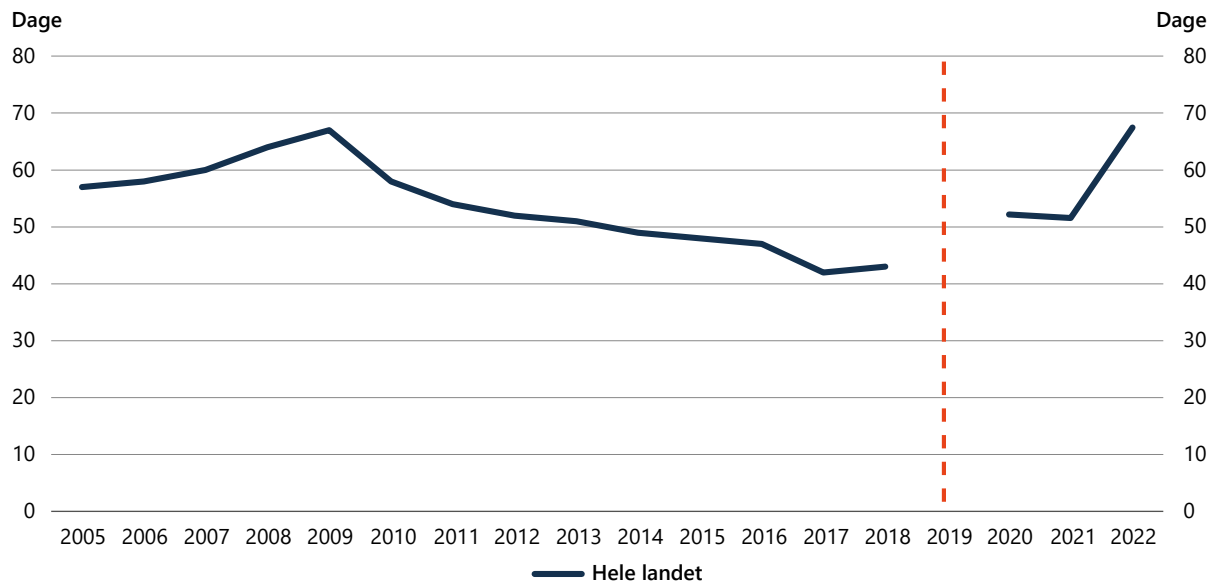
Anm.: Antal døde køns- og aldersstandardiseret rate pr. 100.000 borgere. Den alders- og kønsstandardiserede rate for dødsfald i et år er beregnet som antallet af dødsfald pr. 100.000 indbyggere under forudsætning af, at befolkningen er sammensat som standardbefolkningen med hensyn til både alder og køn. Standardbefolkningen er i opgørelsen befolkningssammensætningen i år 2000.

Kilde: Dødsårsagsregisteret 2022, Sundhedsdatastyrelsen

Udviklingen i ventetider til operation og udredningsret

Ventetid til operation har generelt været faldende fra 60 dage i 2007 og til 43 dage i 2018, jf. figur 1.24. På grund af overgang til nyt landspatientregister (LPR3) er det ikke muligt at sammenligne tal for 2020 og frem med tal fra 2018 og før. I forbindelse med covid-19-pandemien blev mange af patientrettighederne suspenderet, dog med undtagelse af de maksimale ventetider på hjerte- og kræftområdet. Da aktiviteten blev normaliseret efter 2021, var ventetiderne steget, bl.a. som følge af behandlingsefterslæbet fra covid-19 og overenskomstkonflikten på sygeplejerskeområdet i 2021. Tilsvarende ses det, at andelen af forløb, hvor udredningsretten er overholdt, er faldet markant efter covid-19, jf. figur 1.25.

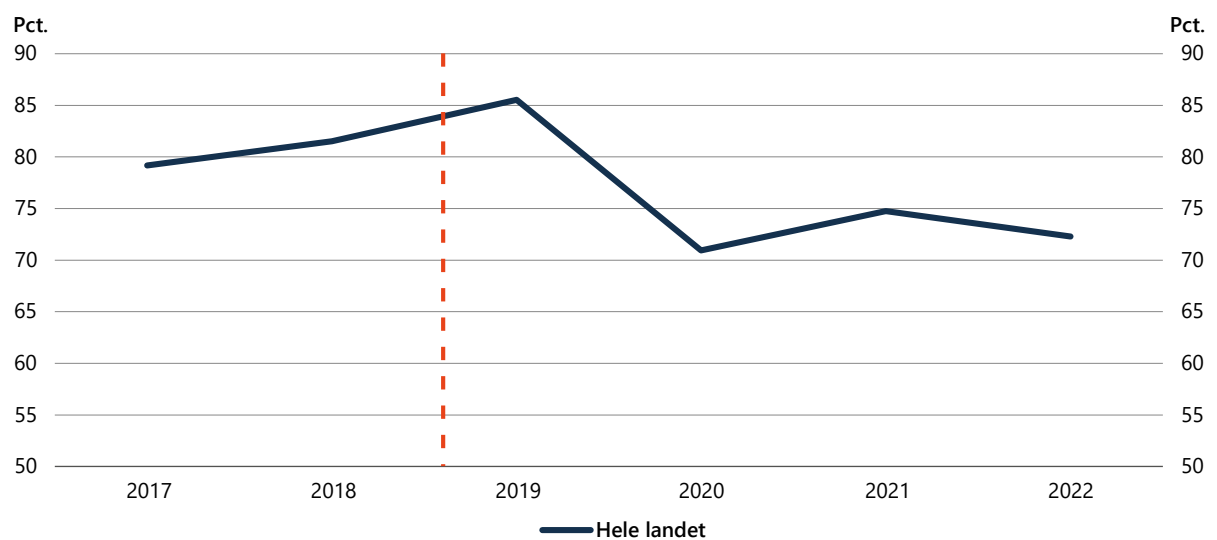
Figur 1.24
Ventetid til operation, 2007-2022



Anm.: Den stiplede linje indikerer databrud pga. overgang til LPR3, hvorfor der ligeledes udestår data for 2019.

Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Landspatientregisteret (LPR), Sundhedsdatastyrelsen

Figur 1.25
Andel overholdte udredningsforløb i somatikken, 2017-2022



Anm.: Tallene baserer sig på et vægtet gennemsnit af de kvartalsvise overholdelsesgrader. 2019 inkluderer kun tal for 3. og 4. kvartal pga. overgang til LPR3. Den stiplede linje indikerer databrud pga. overgang til LPR3. For somatikken var udredningsretten suspenderet i hele eller dele af perioden 1. kv. 2020-1. kv. 2021 samt mellem 5. og 20. januar 2022.

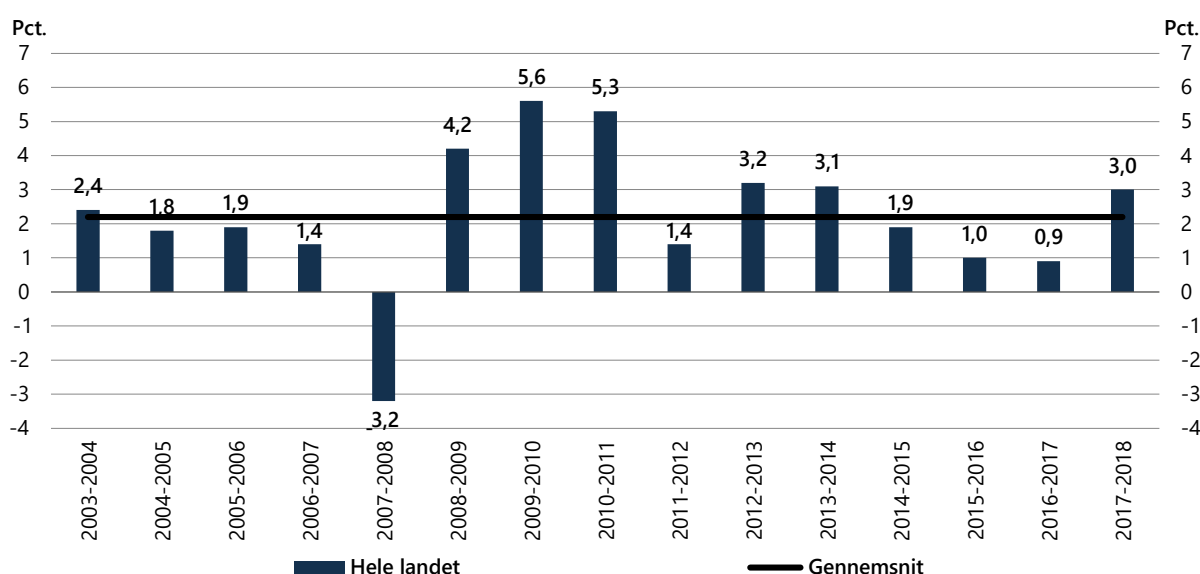
Kilde: Landspatientregistret (LPR), Sundhedsdatastyrelsen

Produktivitet

Produktivitet opgøres som forholdet mellem produktionsværdien baseret på DRG og driftsudgifterne. Produktiviteten har været opgjort siden 2003-04, og den seneste opgørelse stammer fra 2017-2018. Udviklingen fremgår af figur 1.26. Faldet i 2008 hænger sammen med, at sundhedsområdet i foråret 2008 blev ramt af otte ugers overenskomstkonflikt. Det betød bl.a., at sygehuskapaciteten ikke blev anvendt fuldt ud på grund af aflysninger af behandlinger af ikke-akut karakter.

Det fremgår, at produktiviteten på tværs af perioden i gennemsnit steg med 2,2 pct. I økonomiaftalerne var det aftalt, at produktiviteten årligt skulle stige med 2 pct., og de frigivne ressourcer skulle omsættes til 2 pct. vækst i aktiviteten.

Figur 1.26
Produktivitetsudvikling år til år, 2003-2018



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

Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet) og sygehusenes tilrettede driftsudgifter, Sundhedsdatastyrelsen.

Forbedringerne i produktiviteten skyldes flere forhold, men vigtigst er ny teknologi, fx ny medicin eller ny/forbedret operationsteknik og bedre arbejdstilrettelæggelse.

Afviklingen af den aktivitetsafhængige finansiering af regionerne, og dermed også afvikling af produktivitetsskravet i 2019, markerede et markant skifte i den statslige styring af regionerne og sygehusvæsenet fra fokus på aktivitet og produktivitet til en højere grad af fokus på omstilling af aktivitet til det primære sundhedsvæsen.

Samlede produktivitetsopgørelser på overordnet sygehus- og regionsniveau vil som udgangspunkt ikke være retvisende i perioder, hvor der foregår en hensigtsmæssig omlægning til en mere udadgående opgavevaretagelse. Det skyldes, at den tætte sammenhæng mellem registreringer af aktivitet og udgifter som produktivitetsopgørelser forudsætter, her brydes.

Særlige problemstillinger for sektoren

Sundhedsstrukturkommissionen har identificeret fire større problemstillinger, som sygehussektoren i dag står overfor. Udfordringerne skal ses i lyset af de krav til sundhedsvæsenet, der stilles i sundhedsloven. Der er indikationer på, at krav om let og lige adgang til sundhedsydelse af høj kvalitet og effektiv ressourceudnyttelse i nogen grad udfordres i sygehusvæsenet.

Centralisering og specialisering og behov for yderligere prioritering

Sundhedsstyrelsen har i et notat til Sundhedsstrukturkommissionen peget på, at flere undersøgelser viser, at 20 pct. eller mere af sygehusaktiviteterne vurderes at være unødige.¹⁴ Robusthedskommissionen har også peget på et behov for at nedbringe unødige behandling, herunder overbehandling i sundhedsvæsenet og en mere systematisk prioritering af, hvilke opgaver der skal løses i sundhedsvæsenet.

Boks 1.4

Sundhedsstyrelsens vurdering af prioritering og specialeplanlægning

“For mange mennesker betyder det, at den optimale samlede behandlingsstrategi skal sammenevjes ud fra mange hensyn – blandt andet kombinationen af sygdomme og symptomer, bivirkninger, oplevet sygeliggørelse i hverdagen, livskvalitet og ønsker for livet. Det hører med her, at kombinationen af flere samtidige behandlinger kan give uønskede effekter, og at diagnostiske undersøgelser langt fra altid fører til behandling, der opleves at have 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 på sygehuse er unødige (...)”

“Omstillingen må derfor omfatte en nøje vurdering af, hvilken behandling der giver værdi, reducere og gentænke. Ikke blot flytte opgaver 1:1 og i øvrigt fortsætte uforandret. 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 selv, kan samtidig frigøre sygehusene fra opgaver forbundet med indlæggelser og ambulante kontakter, der ikke er meningsfulde for personalet, som kan bruge deres tid bedre (...)”

“I gennem de seneste tyve år er der sket en stor vækst i personalet på sygehusene, fx sygehuslæger med 68 pct., og andelen af de samlede sundhedsudgifter, der er sygehusrelateret, ligger markant højere i Danmark end i sammenlignelige lande. Det er sket i en periode, hvor sygehusenes sengetal og indlæggelsestider samtidig er reduceret, og kommunerne har etableret ‘midlertidige pladser’ i et antal svarende til anslået 25 pct. af de samlede stationære sengepladser. Sundhedsvæsenet er dermed blevet udbygget særligt til den specialiserede behandling.”

Kilde: Sundhedsstyrelsen, 2023, Muligheder og forudsætninger for omstilling til det primære sundhedsvæsen.

De seneste årtiers centralisering og specialisering af sundhedsvæsenet har generelt medført en højere kvalitet i behandlingen til gavn for patienterne, et stærkere erfaringsgrundlag og bedre muligheder for at opbygge faglige miljøer. På nogle områder er et punkt nået, hvor ulemperne ved fortsat eller uændret specialisering kan overgå fordelene. Hvis kompetencerne og ydelserne bliver for snævre og målrettet en lille specifik patientgruppe, kan det medføre ineffektivitet, bl.a. fordi organisationen bliver for kompleks,

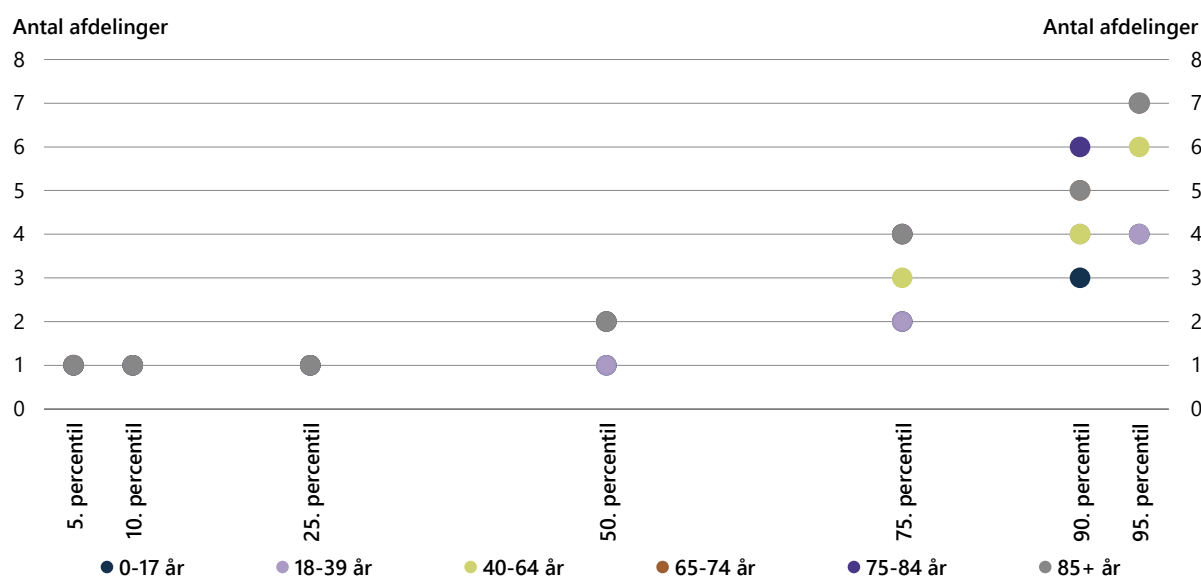
14 Sundhedsstyrelsen. “Muligheder og forudsætninger for omstilling til det primære sundhedsvæsen”. 2023.

og fordi de forbedringer, der opnås, bliver mindre og mindre og ikke altid kan stå mål med det påkrævede ressourcetræk. Det kan have u hensigtsmæssige konsekvenser for det samlede sundhedsvæsen i form af yderligere behov for specialiseret personale, særligt udstyr m.v.¹⁵ Samtidig kan de specialiserede funktioner være sårbare, fordi der er et for lavt antal medarbejdere til at stå for driften (kapaciteten), kvalitetssikringen og forskningen. Den lægelige specialisering kan også medføre mindre fleksibilitet, mere segmentering eller flere faglige siloer og kræver derfor øget intern koordinering på sygehusene, komplicerer ledelsesarbejdet og påvirker patientforløbene.

Det ses blandt andet ved, at særligt ældre patienter også besøger flere forskellige antal afdelinger under en kontakt, jf. figur 1.27. Mere end hver fjerde hospitalspatient var i 2022 i kontakt mindst tre forskellige afdelinger. Det kan være et udtryk for, at specialiseringen er blevet så høj, at patienterne er nødt til at besøge mange forskellige afdelinger i deres behandlingsforløb. Specialisering medfører også en organisatorisk fragmentering, hvor den specialiserede behandling bliver varetaget i særlige afsnit, teams eller projekter. Det ses bl.a. i en øget grad af subspecialisering.

Figur 1.27

Antal afdelinger pr. patient, hvor patienten har mindst én kontakt uanset type (alle kontakttyper), fordelt på aldersgrupper, alle kontakttyper, 2022



Anm.: Der er i opgørelsen talt antal afdelinger en person i løbet af 2022 har mindst en kontakt til.

Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2023, Sundhedsdatastyrelsen.

Øget subspecialisering af læger

Det samlede antal speciallæger er steget fra 13.301 i 2000 til 19.204 i 2021. Udviklingen har bl.a. påvirket sygehusorganiseringen med en øget subspecialisering. Et eksempel er specialet ortopædkirurgi, hvor der regnes med mindst ni "ekspertområder". De ni ekspertområder er 1)traumatologi 2) børneortopædi, 3) håndkirurgi 4) knæ- og hoftealloplastik 5) ryggkirurgi, 6)tumorkirurgi, 7) fod- og ankelkirurgi, 8) skulder- og albuekirurgi samt 9) idrætstraumatologi. Subspeciallyeringen indebærer bl.a., at en ortopædkirurg med "ekspertområde" i håndkirurgi (normalt) ikke kan lave hoftekirurgi. Det giver en ufleksibilitet, som i praksis kan sætte begrænsninger i forbindelse med vagtdækning.

Sygehussektoren har dermed gennemgået en nødvendig udvikling med centralisering og specialisering, som har løftet kvaliteten af behandlingen. Det har indebåret en stor vækst i speciallæger på sygehuse til at understøtte den faglige udvikling, bl.a. som følge af et stort fokus nationalt på at prioritere kvalitet og udvikling på sygehuse. Det er med til at trække ressourcer mod sygehuse, særligt universitetssygehuse, som har nemmere ved at rekruttere personale end mindre sygehuse udenfor de større byer.

Behov for flere generelle kompetencer

I Sundhedsstrukturkommissionens hovedrapport blev det gjort klart, at både det primære og det sekundære sundhedsvæsen står overfor en stigning i efterspørgslen på sundhedssygdomme i de kommende år, som især er drevet af et større antal ældre borgere og personer med multisygdom.¹⁶ Stigningen stiller krav til en omstilling af det samlede sundhedsvæsen i forhold til fordeling af kapacitet og ressourcer, bl.a. de sundhedsfaglige kompetencer. For sygehusvæsenets vedkommende taler det ind i et behov for bredere kompetencer hos den enkelte speciallæge og på de forskellige afdelinger, så de kan arbejde alsidigt og forholde sig til en stor del af patienternes problemstillinger, der knytter sig til multisygdom.

Sygehuse skal dog fortsat besidde de kompetencer og udstyr, som er nødvendige for at kunne tilbyde sygehusbehandling af høj kvalitet. Det gælder fx diagnostik og behandling ved akut opstået alvorlig sygdom, svære medicinske tilstande og større operationer og behandlinger af alvorlige traumer. Som et led i at understøtte flere og bredere kompetencer på tværs af sundhedsvæsenet er derfor også behov for at stille sygehuses specialister og kompetencer til rådighed for det primære sundhedsvæsen. Behovet har allerede vist sig og bl.a. affødt en national aftale i 2023, hvor sygehuse påtager sig det lægefaglige behandlingsansvar ved henvendelse fra sundhedsprofessionelle 72 timer efter udskrivelse fra en hospitalsindlæggelse.

Geografiske forskelle i tilgængelige kompetencer

Den øgede specialisering, som indebærer, at funktioner centraliseres på færre enheder, kan gøre det vanskeligt at opretholde stærke faglige miljøer på de sygehuse, der ikke varetager specialiseret behandling. Derudover kan centralisering i samfundet i forhold til bl.a. skoler, offentlig transport også medvirke til, at perifere sygehuse frasiger sig en specialfunktion, selvom de har opnået godkendelse. For høj specialisering ét sted kan dermed være en udfordring for faglig bæredygtighed andre steder, og det forhold kan bidrage til en løbende forværring af geografisk ulighed i sundhedstilbud og sundhed.¹⁷

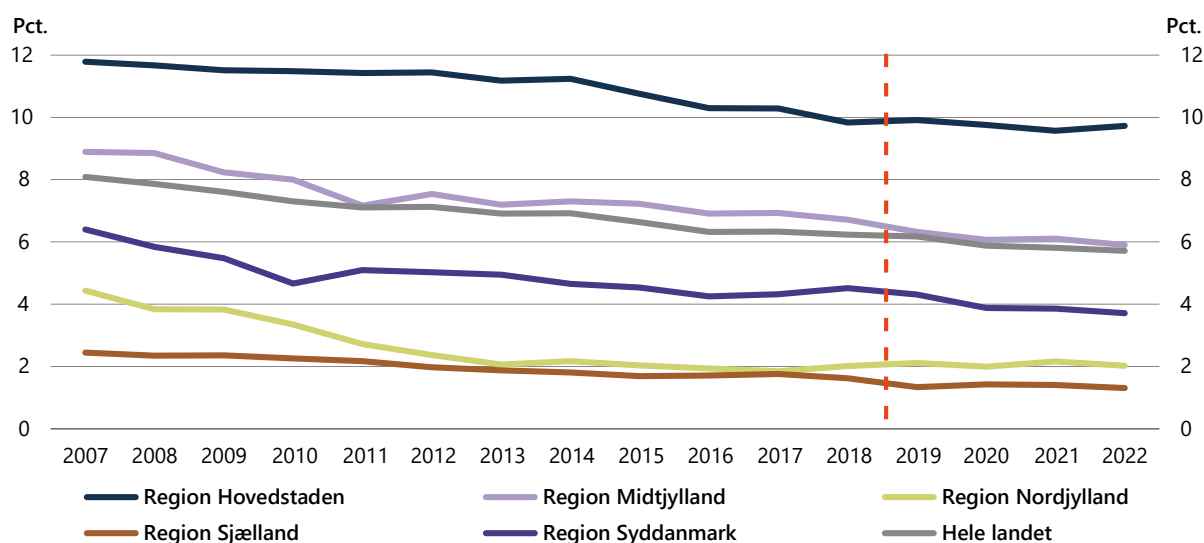
Den øgede specialisering og de afledte konsekvenser kommer også til udtryk i samhandelen mellem regioner, fx hvor meget aktivitet de foretager for andre. Region Hovedstaden er den region i landet, der foretager mest aktivitet for andre regioners borgere, jf. figur 1.28. Det hænger sammen med, at særligt Rigshospitalet har mange regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner. Regionsfunktionerne varetages som udgangspunkt et til tre steder i alle fem regioner, mens de højt specialiserede varetages et til tre steder i landet. Af den årsag vil de højt specialiserede funktioner ikke være i alle regioner. Det medfører behandling af patienter på tværs af regionerne.

Specialeplanens specialfunktioner udgør ca. 10 pct. af sygehusopgaverne. Specialfunktionerne kan være sjældne og dyre behandlinger, som der ikke udføres særligt mange af hvert år, og det at varetage en sådan funktion medfører en forpligtelse til at varetage patienter fra andre regioner. Der er derfor en større andel af Region Hovedstadens aktivitet, der foretages for andre regioners borgere, da bopælsregionen ikke nødvendigvis kan eller må foretage behandlingen. Over perioden 2007 til 2022 er der sket et mindre fald i regionernes salg af sygehusydelse til andre regioner.

16 Sundhedsstrukturkommissionen. "Sundhedsstrukturkommissionens rapport. Beslutningsgrundlag for et mere lige, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen". 2024.

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

Figur 1.28
Andel af hver regions samlede produktionsværdi solgt til andre regioner, 2007-2022



Anm.: Hele landet er et vægtet gennemsnit af hver region. Der er databrud i 2019 grundet overgang til ny version af Landspatientregisteret (LPR3) primo 2019. Det betyder, at sammenligninger af tal for 2019 og frem med tal for 2018 og før skal foretages med ekstra varsomhed.

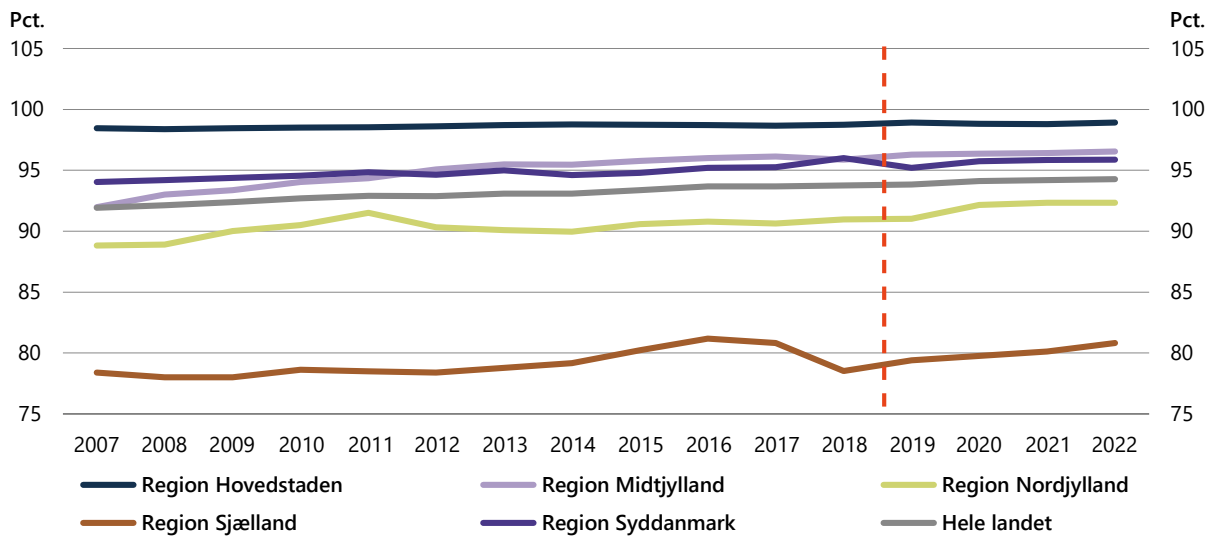
Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Landspatientregisteret (LPR) pr. 10. marts 2023 og Landspatientregisteret (DRG-grupperet) i aktivitetsårets takst pr. 10. marts året fra Sundhedsdatastyrelsen

Region Hovedstaden er også den region, der har den højeste "selvforsyningsgrad", når det kommer til at varetage egne borgeres behandlinger indenfor egen region. Region Sjælland har den laveste selvforsyningsgrad. I 2022 var den lidt over 80 pct., jf. figur 1.29.

Samtidig ses det, at det i høj grad er Region Hovedstaden, der forsyner Region Sjælland. Det skal dog bemærkes, at højt specialiserede funktioner, der ikke er placeret i alle regioner, også kan handle om, at Sundhedsstyrelsen har vurderet, at der ikke er tilstrækkeligt patientgrundlag til, at det skal ligge i alle fem regioner. Som konsekvens kan det medføre udfordringer med rekruttering, fx på grund af faglige ønsker om at arbejde med det højt specialiserede område. Det kan derfor være med til at understrege de geografiske udfordringer, som særligt Region Sjælland og Region Nordjylland oplever i forhold til at tiltrække et tilstrækkeligt antal sundhedsfaglige specialister og medarbejdere.

Det bemærkes, at Sjællands Universitetshospital fx forventeligt tages endeligt i brug i 2026, hvorefter det er planen, at Region Sjælland vil hjemtage yderligere behandling af regionens borgere på sigt og dermed få en højre selvforsyningsgrad.

Figur 1.29
Selvforsyningsgrad somatikken, produktionsværdi, 2007-2022



Anm.: Hele landet er et vægtet gennemsnit af hver region. Der er databrud i 2019 grundet overgang til ny version af Landspatientregisteret (LPR3) primo 2019. Det betyder, at sammenligninger af tal for 2019 og frem med tal for 2018 og før skal foretages med ekstra varsomhed.

Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Landspatientregisteret (LPR) pr. 10. marts 2023 og Landspatientregisteret (DRG-grupperet) i aktivitets-årets takst pr. 10. marts året fra Sundhedsdatastyrelsen

Som beskrevet ovenfor har Region Midtjylland og især Region Hovedstaden en høj grad af selvforsyning og forsyner i stort omfang øvrige regioner med sygehusydelse. Det taler isoleret set for, at bl.a. antallet af læger pr. indbygger og antallet af speciallæger pr. indbygger i de to regioner bør være over niveauet for de øvrige regioner.

Den faktiske fordeling af sygehusansatte læger pr. indbygger afspejler netop et højere antal læger i de regioner, der i størst omfang forsyner de øvrige med sygehusydelse. I tabel 1.6 ses, at antallet af læger pr. indbygger i Region Midtjylland og Region Hovedstaden er højere end i de øvrige regioner. Det gælder både for alle læger under ét og for henholdsvis overlæger og cheflæger (speciallæger) og reservelæger. I Region Hovedstaden er 20 pct. flere læger pr. indbygger i forhold til fx Region Nordjylland, Syddanmark og Sjælland.

Tabel 1.6
Fordeling af offentlig ansatte sygehuslæger pr. indbygger, indekseret i forhold til landsplan, 2023

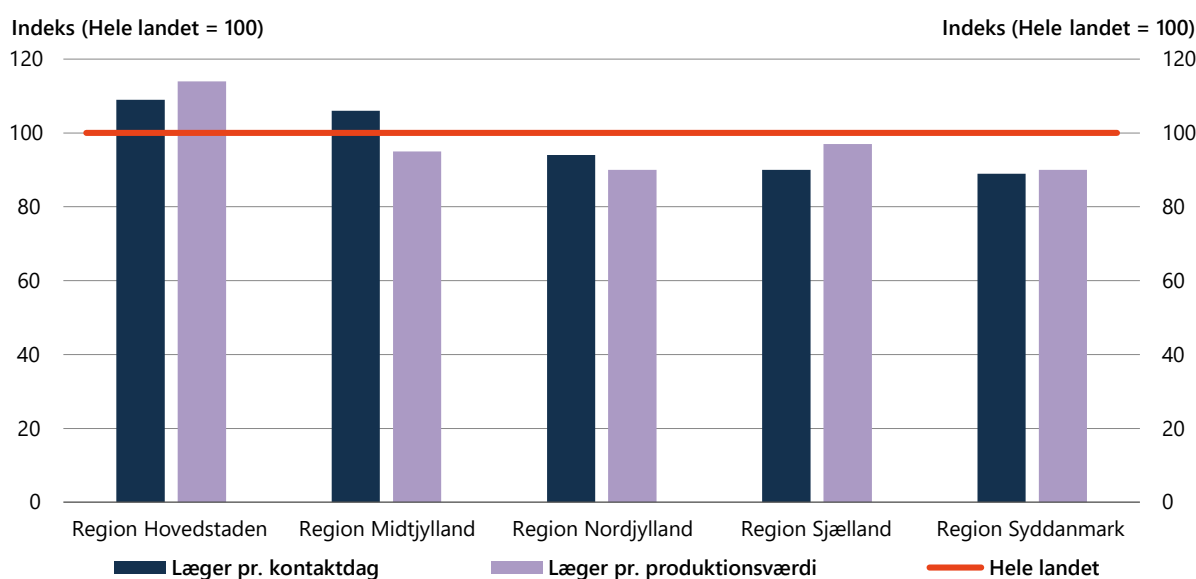
	Læger pr. indbygger	Heraf overlæger pr. indbygger	Heraf underordnede læger (reservelæger) pr. indbygger
Region Hovedstaden	116	116	117
Region Midtjylland	95	90	97
Region Nordjylland	91	89	92
Region Sjælland	85	88	83
Region Syddanmark	95	99	93
Hele landet	100	100	100

Kilde: Egne beregninger baseret på Sirka, Kommunernes og regionernes løndatakontor (KRL) samt Statistikbanken, tabel FOLK1A.

Når der er geografisk ulighed i hvilke og hvor mange sygehusydelse, der bliver produceret, kan en vis geografisk ulighed i kapaciteten af læger være hensigtsmæssig. I det følgende sammenholdes fordelingen af sygehuslæger i hver region derfor med henholdsvis omfanget af kontaktdage og produktionsværdien i regionen. Produktionsværdien tager højde for forskellig kompleksitet i hver kontakt.

Uanset om antallet af læger på sygehusene sammenholdes med den udførte aktivitet i form af antal kontaktdage eller produktionsværdien ses det, at der skal flest læger i Region Hovedstaden til at udføre en given aktivitet, jf. figur 1.30. Det tyder på, at der er en overkapacitet af læger i Region Hovedstaden, mens de øvrige regioner kan producere mere produktionsværdi for det samme antal læger.

Figur 1.30
Fordeling af sygehuslæger pr. region målt i forhold til aktivitet, 2023



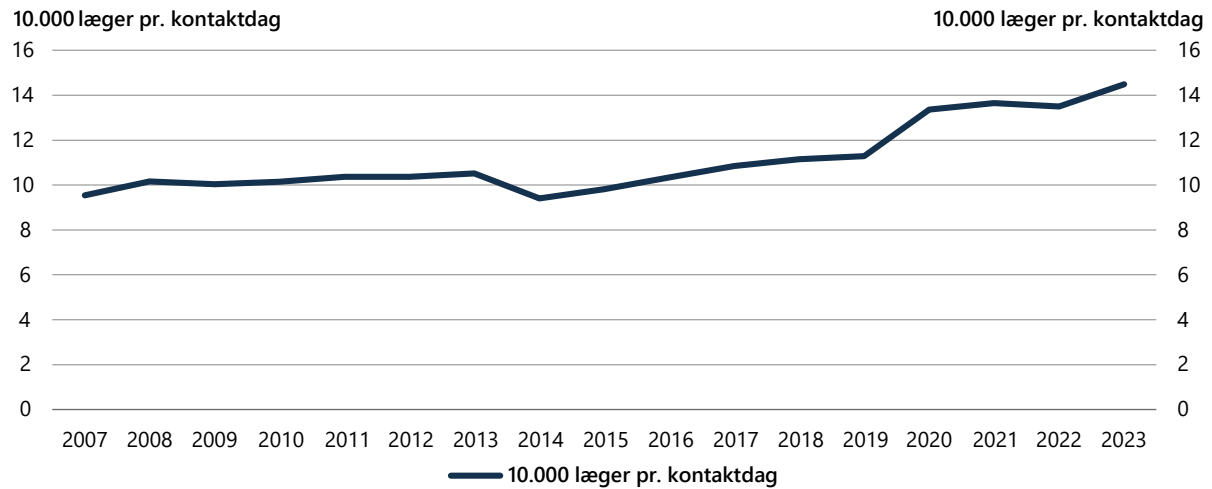
Anm: Aktiviteten er opgjort pr. bopælsregion.

Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Landspatientregisteret (LPR) (pr. 10. marts 2024) fra Sundhedsdatastyrelsen samt Sirka, Kommunernes og regionernes løndatakontor (KRL).

Hverken produktionsværdi eller kontaktdage indfanger dog den ikke-patientrettede aktivitet og afspejler derfor ikke de ikke-patientrettede opgaver, som sygehusene også udfører. Det kan fx handle om forskning, der også kan tænkes at forklare noget af den geografiske variation. Hvis overkapaciteten ikke kan begrundes med ekstraordinære forskningsforpligtelser eller lignende i Region Hovedstaden, taler det for et potentiale for bedre fordeling af den lægelige kapacitet på sygehusene.

Det blev tidligere vist, at Region Hovedstaden i stigende grad sælger sygehusydelse til andre regioner. Modsat er det med antallet af læger pr. kontaktdag, som har været stigende, jf. figur 1.31.

Figur 1.31
Læger pr. kontaktdag i Region Hovedstaden, Indeks



Anm.: Læger er opgjort i årsværk.

Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Landspatientregisteret (LPR) (pr. 10. marts 2024) fra Sundhedsdatastyrelsen og SIRKA, Kommunernes og regionernes løndatakontor (KRL).

Rekrutteringsudfordringer på flere sygehuse

Den skæve fordeling af den lægelige kapacitet afspejler sig bl.a. i raten for forgæves rekruttering. Særligt Region Sjælland har oftere måtte rekruttere læger forgæves, jf. tabel 1.7.

Tabel 1.7
Fordeling af offentlig ansatte sygehuslæger pr. indbygger, indekseret i forhold til landsplan, 2023

	Marts 2021	Marts 2022	Marts 2023	Marts 2024
Region Hovedstaden (ekskl. Bornholm)	14	10	8	13
Region Sjælland	55	21	29	24
Region Syddanmark	9	13	12	9
Region Midtjylland*	36	17	13	-
Region Nordjylland	37	20	15	10
Hele landet	37	16	18	16

Anm.: Data beregnes på baggrund af svar fra STARS rekrutteringssurvey, hvor kontaktpersoner i virksomheders jobopslag bliver spurgt til om deres forsøg på at rekruttere har været succesfulde eller forgæves. Et rekrutteringsforsøg betragtes som forgæves, hvis et opslag ikke bliver besat eller hvis det bliver besat af en person med en anden profil end den ønskede.

*Der er ikke indsamlet tilstrækkelig data til at beregne den forgæves rekrutteringsrate for læger i Vestjylland i rekrutteringssurvey fra marts 2024, hvilket betyder at det ikke er muligt at opgøre den samlede rekrutteringsrate for Region Midtjylland.

Kilde: STARS rekrutteringssurvey, egne beregninger

Fragmentering af kvalitetsområdet

Kvalitetsindsatserne og -området er, som tidligere nævnt, kendetegnet af mange, forskelligartede indsatser. Kvalitetsområdet omfatter dermed en lang række forgreninger i kvalitetsinitiativer og -fora, uden en egentlig koordinering på tværs. Det kan medføre fragmentering. Fragmenteringen, og dermed et muligt overlap i kvalitetsarbejdet, ses bl.a. også i arbejdet med vejledninger og anbefalinger til behandling. Mens der findes kliniske retningslinjer på en lang række områder, som fx er udarbejdet af lægevidenskabelige selskaber eller Sundhedsstyrelsen, laver Medicinrådet også anbefalinger og lægemiddelrekommandationer. Medicinrådets vejledninger laves med inddragelse af vurdering af pris og effekt i forhold til eksisterende lægemidler, mens det ikke gøres systematisk og i praksis sjældent i kliniske retningslinjer.

Der er dermed risiko for overlap i arbejdet med anbefalinger og vejledninger til behandling. Det kan føre til flere vejledninger på samme område med anbefaling om forskellige tilgange. Samtidig kan det vanskeliggøre arbejdsgange for praktikere, der skal navigere i flere forskellige vejledninger, der kan være i modstrid. Risikoen kan være forskelle i behandlingsmetoder og -kvalitet på tværs af behandlingssteder. Det er ikke ensidigt problematisk, at der er flere aktører, der arbejder med samme initiativer, men den manglende koordinering og samtænkning af indsatserne kan medføre overlap i ensartede opgaver, ikke-optimal ressourceudnyttelse og kan skabe tvivl blandt praktikere over, hvilken vejledning, metode eller der gør sig gældende

I Robusthedskommissionens rapport foreslås det, at udarbejdelsen af bl.a. kliniske retningslinjer skal suppleres af en vurdering af spørgsmål om omkostningseffektivitet, personale- og ressourcetræk og organisatoriske og afledte konsekvenser.¹⁸

18 Kommission for robusthed i sundhedsvæsenet, "Robusthedskommissionens anbefalinger", 2023

Kapitel 2: Det kommunale sundhedsområde og nærliggende områder

I kapitel 2 er omdrejningspunktet kommunale sundhedsindsatser efter sundhedsloven og udvalgte indsatser efter serviceloven på ældreområdet og dele af socialområdet. Formålet med kapitlet er at skabe overblik over det kommunale sundhedsområde og udvalgte nærliggende områder, som er tæt knyttet til sundhedsområdet i kommunerne. Indsatserne kan være tæt knyttet sammen som følge af sammenhæng i indsatser eller overlap i målgrupper og formål.

I det første afsnit beskrives den overordnede regulering af kommunale indsatser efter henholdsvis sundheds- og serviceloven. I kapitlets andet afsnit beskrives opgaveløsningen nærmere for de kommunale indsatser efter sundhedsloven, som kommunerne skal levere, og udvalgte indsatser efter serviceloven, som er tæt knyttet til det kommunale sundhedsområde. I kapitlets tredje afsnit beskrives den kommunale økonomi og de relaterede styringsmæssige aspekter og incitamenter. Desuden behandles omfanget af kapaciteten i sektoren i forhold antal medarbejdere og den geografiske spredning af udvalgte sundhedsfaglige medarbejdergrupper. I kapitlets fjerde og sidste afsnit gennemgås en række særlige problemstillinger på sundhedsområdet og udvalgte nærliggende områder, som forventes at have betydning for kommunernes opgavevaretagelse i fremtiden.

Regulering af de kommunale sundhedsindsatser og indsatser på nærliggende områder

Kommunernes sundhedsindsatser reguleres efter sundhedsloven, mens en stor del af de udvalgte nærliggende indsatser på ældre- og socialområderne reguleres efter serviceloven. I det følgende gennemgås reguleringen af sundhedsindsatser og nærliggende indsatser efter henholdsvis sundhedsloven og serviceloven – to lovgivninger, der er baseret på forskellige styringsprincipper.

I den forbindelse rettes opmærksomhed også på, at regeringen og en bred kreds af Folketingets partier (Danmarksdemokraterne, Socialistisk Folkeparti, Liberal Alliance, Det Konservative Folkeparti og Radikale Venstre) d. 18. april 2024 indgik en aftale om en reform af ældreområdet, bl.a. om at iværksætte en ældrelov, som skal træde i kraft d. 1. juli 2025. Lovforslaget skal fremsættes i Folketingssamlingen 2024/2025. Med ældreloven indføres bl.a. helhedspleje og borgernær visitation i ældreplejen, og faste teams udbredes. Helhedsplejen medfører, at ældreplejens kerneydelser skal tildeles i form af kommunalt fastsatte rummelige pleje- og omsorgsforløb, der gør det muligt løbende at tilpasse hjælpen ud fra borgerens aktuelle behov, og hvor leverandøren har det samlede ansvar for borgerens forløb. Derudover er det også aftalt, at det frie valg udvides med indførelsen af helhedspleje til også at omfatte genoptræning og rehabilitering, da offentlige og private leverandører skal kunne levere det samlede pleje- og omsorgsforløb. Kommunal sygepleje er ikke omfattet af den kommende lovregulering af helhedsplejen, men det forhindrer ikke kommunerne i at beslutte at lade den kommunale sygepleje være en del af helhedsplejen og på den måde fremme tværfaglighed, sparring og læring på tværs af hjemmeplejen og kommunal sygepleje.

Sundhedsloven

Sundhedsloven forpligter kommunerne til at fremme sundheden og forebygge sygdom og forværring af sygdom, når borgeren er færdigbehandlet i sundhedsvæsenet. For kommunerne stiller sundhedsloven samtidig en række krav til konkrete indsatser, som kommunerne skal levere. Kommunale sundhedsindsatser efter sundhedsloven omfatter sygepleje, herunder den kommunale akutfunktion, vederlagsfri fysioterapi, genoptræning efter udskrivning fra sygehuset, sundhedsfremme og forebyggelse, kommunal tandpleje, behandling for alkoholmisbrug, lægelig stofmisbrugsbehandling og sundhedspleje. For sygehus-

væsenet og praksisområdet er sundhedsloven omvendt i højere grad karakteriseret ved at beskrive brede funktionsområder, fx sygehusdrift og patientrettigheder, regulering af praksis- og specialplanlægning og udvalgte krav til specifikke indsatser.

Før 2023 fandtes der ikke en generel regel i sundhedsloven, som bemyndigede ministeren til at kunne fastsætte forpligtende krav til kommunernes sundhedsindsatser. For så vidt angår den kommunale sygepleje, har sundhedsloven dog i alle årene givet mulighed for at fastsætte nærmere regler om omfanget af og kravene til indsatsen efter sundhedslovens § 139. Det er udmøntet gennem en bekendtgørelse fra 2007 om kommunale sygepleje med efterfølgende ændringer, kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner fra 2014 med efterfølgende ændring og en række vejledninger.^{19 20}

I 2023 blev der indført en generel hjemmel i sundhedsloven, som giver indenrigs- og sundhedsministeren mulighed for at anmode Sundhedsstyrelsen om i samarbejde med relevante aktører at fastsætte forpligtende kvalitetskrav og -anbefalinger (kvalitetsstandarder), bl.a. til kommunernes sundhedstilbud og regionernes rådgivningsforpligtelse i den forbindelse. Det sker som udmøntning af aftale om en "national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen", som er en del af den politiske aftale om sundhedsreform mellem den daværende regering og et flertal af folketingets øvrige partier i maj 2022.

Kvalitetsstandarderne kan ses som et skridt i retningen af mere bindende styring af dele af de kommunale sundhedsindsatser og regionernes rådgivning hertil, samtidig med at der fortsat skal være mulighed for lokale tilpasninger. Standarderne kan fx vedrøre konkrete kvalitetskrav og anbefalinger til indsatser, kompetencer, udstyr og samarbejde med andre aktører, såsom sygehuset og almenmedicinske tilbud. Foreløbigt er der indført bindende kvalitetsstandarder for de kommunale akutfunktioner i 2023 og for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom i 2024.

Derudover forpligter autorisationsloven alle autoriserede sundhedspersoner, og personer, der handler på sundhedspersonernes ansvar, at føre patientjournal, når vedkommende som led i sin virksomhed foretager behandling af en patient. Det sker af hensyn til patientsikkerheden, da journalføringen danner grundlag for information og behandling af patienten, dokumenterer den udførte behandling, fungerer som internt kommunikationsmiddel mellem det personale, der deltager i behandlingen af patienten, og sikrer dermed kontinuitet i behandlingen og danner grundlag for tilsyn. De generelle krav til autoriserede sundhedspersoner er uafhængige af, i hvilken lovgivning den konkrete opgave er defineret. De gælder dermed også for autoriserede sundhedspersoner, der udfører sundhedsfaglig virksomhed i kommunerne. Samme type af krav stilles ikke på samme måde til dokumentation af indsatserne i serviceloven, hvor der her sker tildeling af fx hjemmepleje i form af en forvaltningsretlig (skriftlig) afgørelse forud for, at hjælpen ydes. I praksis betyder det, at de udførende medarbejdere i kommunerne kan opleve flere løbende dokumentationskrav ved levering af indsatser efter sundhedsloven end for indsatser efter serviceloven.²¹

Herudover tildeles kommunale sundhedsindsatser på forskellige måder og ofte efter lægelig henvisning eller vurdering fra anden sektor. Kommunale sygepleje leveres typisk på baggrund af lægelig henvisning eller vurdering. Genoptræning efter udskrivning fra sygehus tildeles på baggrund af en lægefaglig vurdering fra et sygehus i regionerne eller et private sygehus, som har behandlet på vegne af det offentlige sundhedssystem. Kommunerne er derefter selv ansvarlige for at tilrettelægge indsatserne og tildeler den kommunale sundheds- eller omsorgsindsats. Kommunerne kan i den forbindelse bl.a. tage højde for indholdet i indsatsen, om medarbejderne har de rette kompetencer til at levere indsatserne og kommunens kapacitet. Endeligt er der andre kommunale sundhedsindsatser, som tilbydes alle i målgruppen og uafhængigt af en lægefaglig vurdering, fx tandpleje til børn og unge og forebyggende sundhedsydelse til børn og unge, herunder sundhedspleje.

19 Indenrigs- og Sundhedsministeriet, "Bekendtgørelse om hjemmesygepleje", BEK nr 1601 af 21/12/2007 (2007).

20 Indenrigs- og Sundhedsministeriet, "Vejledning om vederlagsfri hjemmesygepleje ved kommunale akutfunktioner (herunder ved kommunale akutpladser)", VEJ nr 9235 af 21/03/2019 (2019).

21 Vinge, Sidsel og Emmy Hjort-Enemark Topholm. "Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter i kommunerne". Bd. 2021. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2021.

Anden regulering af sundhedsområdet

Anden regulering af kommunale sundhedsindsatser omhandler fx kliniske retningslinjer og anbefalinger målrettet sundhedspersoner, som Sundhedsstyrelsen og faglige selskaber og fagpersoner løbende udarbejder. Kliniske retningslinjer og anbefalinger skal bl.a. medvirke til at sikre en sundhedsfaglig indsats af ensartet høj kvalitet på tværs af kommuner, almenmedicinske tilbud og sygehuse. Sundhedsstyrelsen udarbejder desuden også vejledninger målrettet sundhedspersoner, som præciserer konkrete regler i sundhedslovgivningen.

Anden regulering af kommunale sundhedsindsatser omfatter organisatoriske anbefalinger. Sundhedsstyrelsen har fx udarbejdet en række forløbsprogrammer og forebyggelsespakker. Et forløbsprogram er en standardiseret beskrivelse af den sundhedsfaglige indsats og opgavefordeling, samarbejde og koordinering mellem involverede aktører for en given patientgruppe. Sundhedsstyrelsen har også udarbejdet en række forebyggelsespakker med faglige anbefalinger til kommunernes forebyggelsesarbejde, fx for fysisk aktivitet og mental sundhed.

Serviceoven

Serviceoven (lov om social service) sætter rammerne for den hjælp, støtte og rådgivning, som kommunerne skal tilbyde borgere med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne. Derudover reguleres hjælp og støtte til børn, unge og deres familier på det sociale område i barnets lov, som er en ny hovedlov, der trådte i kraft d. 1. januar 2024 og erstattede de tidligere bestemmelser i serviceoven om målgruppen.

Kommunerne har efter serviceoven ansvaret for en række nærliggende indsatser, som primært omhandler ældre. De kommunale indsatser efter serviceoven på ældreområdet, som beskrives her, omfatter personlig pleje, praktisk hjælp og madservice (hjemmepleje), tidsafgrænsede rehabiliteringsforløb, varige hjælpemidler til ældre, generelle aktiverende og forebyggende tilbud, genoptræning efter sygdom, der ikke behandles i tilknytning til sygehusindlæggelse, vedligeholdende træning, afløsning og aflastning af pårørende, der passer en person med nedsat funktionsevne, midlertidige ophold og forebyggende hjemmebesøg. Kommunerne skal også tilbyde ældre plads på et plejehjem eller en almen plejebolig efter behov. Social-, Bolig- og Ældreministeriet oplyser dertil, at bestemmelserne i serviceoven om ældre fra d. 1. juli 2025 vil fremgå af en ny ældrelov som følge af bred politisk aftale om ældreforum i april 2024 mellem regeringen og fem af Folketingets øvrige partier. Både de tidsgrænsede rehabiliteringsforløb og forebyggende hjemmebesøg videreføres ikke i en ny ældrelov. I stedet vil det fremgå, at hjælpen skal gives med et forebyggende, rehabiliterende og vedligeholdende sigte.

Kommunerne har efter serviceoven også ansvaret for en række indsatser, som først og fremmest vedrører voksne med særlige behov og/eller handicap. De kommunale indsatser efter serviceoven på socialområdet, som beskrives her, omfatter indsatser for socialpædagogisk støtte, social stofmisbrugsbehandling, Borgerstyret Personlig Assistance (BPA) og støtte til varige hjælpemidler. Kommunernes ansvar i forhold til længerevarende og midlertidige botilbud beskrives også. Tilbud om social stofmisbrugsbehandling reguleres i både serviceoven og barnets lov.

Kommunerne har ansvaret for en række andre sociale indsatser efter serviceoven og barnets lov, som ikke beskrives nærmere her. Det omhandler fx tidlig forebyggende indsatser efter barnets lov, ledsagerordninger efter serviceovens § 97 og tilbud om støtte- og kontaktpersoner efter serviceovens § 99.

De fleste ydelser efter serviceoven kræver visitation efter en konkret og individuel vurdering.

Social-, Bolig- og Ældreministeriet oplyser, at der med ældreloven fra d. 1. juli 2025 indføres helhedspleje, hvor ældreplejens ydelser tildeles i form af kommunalt fastsatte rummelige pleje- og omsorgsforløb og dermed ikke i form af enkeltydelser.

Kommunale kvalitetsstandarder efter serviceloven

Efter serviceloven fastsætter kommunalbestyrelserne kommunale kvalitetsstandarder om serviceniveauer for en række indsatser efter serviceloven, bl.a. i sammenhæng med kommunens økonomiske ramme og øvrige prioriteringer. Det er et lovkrav, at kommunerne mindst en gang om året skal udarbejde en kvalitetsstandard for personlig pleje og praktisk hjælp m.v. (hjemmepleje), rehabiliteringsforløb, genoptræning som følge af sygdom og vedligeholdelsestræning. Kvalitetsstandarden skal indeholde beskrivelse af det serviceniveau, som kommunalbestyrelsen har fastsat. Det omfatter fx beskrivelser af indholdet, omfanget og udformningen af indsatserne.²²

Derudover kan kommunerne vælge at fastsætte kommunale kvalitetsstandarder for en række andre indsatser efter serviceloven. Det kan i særlig grad være relevant for bestemmelser med en stor grad af skøn for at sikre et ensartet serviceniveau for kommunens borgere. Det kan fx omfatte kvalitetsstandarder for tilbud om hjælp og støtte m.v. til personer, der har behov for det på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer (socialpædagogisk støtte).²³

Med aftale mellem regeringen og fem af Folketingets øvrige partier om ældrereform i april 2024 er det aftalt at afskaffe kravet om årligt fastsatte kvalitetsstandarder på ældreområdet i forbindelse med den kommende ældrelov.

Bestiller-Udfører-Modtager-modellen

Kravet om frit leverandørvalg af hjemmepleje har i praksis forudsat en adskillelse af de kommunale myndighedsfunktioner og leverandør opgaver.²⁴ Hovedparten af kommunerne anvender BUM-model (Bestiller-Udfører-Modtager) som styringsmodel.²⁵ Under modellen træffer kommunale visitatorer, i samarbejde med den enkelte borger, afgørelser om, hvilke konkrete indsatser borgeren skal tildeles på baggrund af en konkret og individuel vurdering af den enkelte borgers situation og behov, bl.a. på baggrund af kommunale kvalitetsstandarder. Hjælpen leveres af de udførende medarbejdere fra enten en kommunal eller privat leverandør.

Visitatorerne er typisk organiserede i centrale myndighedsafdelinger i kommunerne adskilt fra de enheder, der udfører hjemmeplejen. Leverandørerne, der er i tættest kontakt med borgerne, skal sikre, at eventuelle ændringer i borgernes tilstand løbende dokumenteres til visitator. Det er herefter visitatorens ansvar at revalidere borgeren, hvis der sker betydelige ændringer, fx i borgerens funktionsevne og behov.²⁶

VIVE har i 2022 skønnet, at der var ansat ca. 1.500 visitatorer på det kommunale ældreområde, som arbejder med visitation til hjemmepleje, plejebolig, rehabiliteringsforløb og/eller træning.²⁷ Her indgår ikke personer, der er beskæftiget med visitation til fx hjælpemidler og forbrugsgoder efter serviceloven.²⁸

22 Indenrigs- og Sundhedsministeriet, "Bekendtgørelse om kvalitetsstandarder for hjemmehjælp, rehabiliteringsforløb og træning efter servicelovens §§ 83, 83 a og 86", BEK nr 1575 af 27/12/2014 (2014).

23 Mohrsen, Birgitte Anne. "Krav om begrundelse ved ændring i serviceniveauer". Ankestyrelsen, 2020.

24 Kjellberg, Pia Kürstein og Emmy Hjort-Enemark Topholm. "Organisering af BUM modellen på ældreområdet". VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2023.

25 Sundhedsstyrelsen. "Inspirationsmateriale til forsøg med selvvisitation i ældreplejen". Sundhedsstyrelsen, 2022.

26 Kjellberg, Pia Kürstein og Emmy Hjort-Enemark Topholm. "Organisering af BUM modellen på ældreområdet". VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2023.

27 Foged, Søren Kjær m.fl. "Estimat på årsværk af visitatorer ansat på det kommunale ældreområde". VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2022.

28 Kjellberg, Pia Kürstein og Emmy Hjort-Enemark Topholm. "Organisering af BUM modellen på ældreområdet". VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2023.

Tidligere analyse af hjemmeplejeområdet har vist, at de medarbejdere, der leverer sundhedsydelserne, fx social- og sundhedsmedarbejdere, kan opleve, at den nuværende visitationsmodel skaber bureaukratiske arbejdsgange, hvor kontakten med visitatorerne i nogle tilfælde er kendetegnet ved en høj grad af skriftlighed og relativt tunge processer, som medfører et vist ressourcetræk til administration blandt de udførende medarbejdere.²⁹

Social-, Bolig- og Ældreministeriet oplyser dertil, at der med den kommende ældrelov ændres grundlæggende på den nuværende styring og tilrettelæggelse af både visitation og udmøntning af hjælpen. Ældreloven vil stille krav om helhedspleje og borgernær visitation til få, rummelige og fleksible pleje- og omsorgsforløb. Fremfor afgørelser om standardiserede enkelttydelser vil der efter ældreloven skulle træffes afgørelse om tildeling af et forløb, hvor der er plads til løbende at justere i hjælpen uden at skulle forbi visitationen hver gang. Det er den enkelte ældre borger og medarbejderen, der kommer i borgerens hjem, der aftaler, hvilken hjælp der skal gives fra gang til gang indenfor det tildelte forløb. Formålet er at give større handlerum og fagligt ansvar til det udførende personale og selvbestemmelse og fleksibilitet til den enkelte ældre i forhold til hjælpen. Den nye borgernære visitation indebærer bl.a., at der træffes færre afgørelser i forvaltningsretlig forstand som følge af færre re-visitationer.

Øvrige lovområder

Der er også lovgivning på andre kommunale områder, som har betydning for sundhedsområdet, men som ikke beskrives nærmere i kapitel 2.

Der er fx en sammenhæng mellem sundheds- og beskæftigelsesområderne i kommunerne. Kommunernes ansvar for sygemeldte borgere omfatter også indsatser efter lov om aktiv beskæftigelse, der overordnet har til formål at bidrage til et velfungerende arbejdsmarked. Fx omfatter indsatser for sygemeldte borgere ofte en tværfaglig indsats, som også kan indebære indsatser efter sundhedsloven fx i forbindelse med et jobafklaringsforløb.

Der ses også en vis sammenhæng mellem det brede socialområde og beskæftigelsesområdet. 35 pct. af de borgere, der modtager indsatser på socialområdet, modtager inden for samme år beskæftigelsesrettede indsatser. Til sammenligning er det 18 pct. af de borgere, der har kontakt med det somatiske sundhedsvæsen, som inden for samme år modtager beskæftigelsesrettede indsatser. Det brede socialområde forstås her som socialpædagogisk hjælp og støtte, fx på botilbud eller i eget hjem, beskyttet beskæftigelse, midlertidige ophold og længerevarende ophold, mens beskæftigelsesområdet omfatter dagpenge, kontakthjælpsydelser (inkl. uddannelseshjælp, integrationsydelse mm.) sygedagpenge, ressourceforløb, jobafklaring ledighedsydelse, revalidering og fleksjob.³⁰

Kommunernes ansvar for driften af folkeskolerne omfatter også sundhedsfremmende tiltag og aktiviteter, såsom daglig motion og bevægelse. Derudover omfatter indsatserne i folkeskolen også Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR) som fx en forudsætning for henvisning til specialundervisning, som ikke er af foreløbig karakter.

Opgaveløsning

I det følgende afsnit gennemgås krav til indsatser i kommunerne efter sundhedsloven og udvalgte indsatser efter serviceloven for nærliggende ældreområde og dele af socialområdet for primært voksne. Herudover vil den typiske organisering af enkelte indsatsområder blive beskrevet og snitflader mellem udvalgte kommunale indsatser, jf. boks 1.

29 Kjellberg, Pia Kürstein og Emmy Hjort-Enemark Topholm. "Organisering af BUM modellen på ældreområdet". VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2023.

30 Danmarks Statistik og egne beregninger, registrene HANDIC og DREAM.

Boks 2.1

Metode for analyse af snitflader for udvalgte kommunale indsatser

I afsnittet beskrives snitfladerne for kommunal sygepleje, personlig pleje og praktisk hjælp (hjemmepleje), tidafgrænset rehabilitering, vedligeholdelsestræning, genoptræning og socialpædagogisk støtte som andelen af borgere, der i løbet af samme år modtager flere af de udvalgte indsatser og/eller har kontakt med sygehusvæsenet.

Omfanget af en snitflade hænger i høj grad sammen med det antal personer, som modtager en given indsats eller har kontakt med sygehusvæsenet. Resultaterne skal derfor læses med øje for størrelsen på de målgrupper, der sammenlignes. Dette forhold gør sig særligt gældende i forhold til sygehusene, som halvdelen af befolkningen er i kontakt med i løbet af et år, og derfor er der store snitflader til flere af de kommunale indsatser. Forholdet har dog også betydning for kommunale indsatser. Fx modtog omkring 156.000 borgere personlig pleje og/eller praktisk hjælp i 2022, som er en indsats af generel karakter, som ofte gives til ældre borgere i eget hjem. Omvendt var der omkring 48.000 borgere, der modtog socialpædagogisk støtte i 2022, som er en indsats, som omhandler en mere snæver målgruppe. Eftersom gruppen, der modtager personlig pleje og/eller praktisk hjælp, er ca. tre gange større end gruppen, der modtager social pædagogisk støtte, er der, alt andet lige, ca. tre gange større sandsynlighed for, at der opstår en snitflade til den målgruppe. Det bemærkes samtidig, at antallet af borgere, som modtager enten sygepleje, personlig pleje, praktisk hjælp, genoptræning (efter serviceloven) eller vedligeholdelse, er opgjort som et månedlig gennemsnit. Opgørelsesmetoden giver et retvisende billede af det gennemsnitlige omfang af kommunale indsatser hver måned i løbet af et år, mens antallet af unikke antal personer, der har modtaget indsatserne i løbet af samme år, vil være højere.

For alle indsatser er der også en tæt sammenhæng mellem indsatserne og alder. Hvor omkring halvdelen af befolkningen som helhed er i kontakt med sygehusvæsenet i løbet af et år, gælder det knap to tredjedele af ældre over 65 år, mens det gælder for cirka fire ud af fem af ældre over 65 år, der modtager personlig pleje og/eller praktisk hjælp. Heraf er det omkring tre procent af befolkningen som helhed, der er i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsenet om året. Hovedparten af de kommunale indsatser, som indgår i analysen af snitflader, gives primært til ældre.

Et andet generelt forbehold er, at analysen ikke tager højde for omfanget af de indsatser, som kommunerne og sygehusene leverer i forbindelse med en given indsats. Fx skelnes der ikke mellem ambulante behandlinger og indlæggelser i forhold til sygehuskontakter. Derudover er analysen af snitflader begrænset af det data, der er tilgængeligt. Det betyder, at der, især hvad angår den kommunale aktivitet, er områder, hvor snitfladerne er undervurderet. Det er samtidig ikke en forudsætning for analysen af snitflader, at indsatserne er givet i relation til hinanden, men de skal være givet inden for det samme år (2019).

Kommunale indsatser efter sundhedsloven

Kommunerne har ansvar for en række indsatser efter sundhedsloven. De har bl.a. ansvar for at yde vederlagsfri sygepleje efter lægehenvi­ning, genoptræning og fysioterapi, borgerrettet forebyggelse, tandpleje for børn og misbrugsbehandling.

Sygepleje efter sundhedslovens §§ 138 og 139

Kommunerne er ansvarlig for, at der ydes vederlagsfri sygepleje efter lægehenvi­ning. Det omfatter alle personer med ophold i kommunen, uanset alder og boform, med behov for sygepleje. Formålet med sygepleje er at forebygge sygdom, fremme sundhed og yde sygepleje, behandling, rehabilitering og palliation til patienter, der har behov for det. Kommunal sygepleje ydes til borgere i tilfælde af akut eller kronisk sygdom, hvor sygeplejefaglig indsats er påkrævet. Målet er bl.a. at skabe mulighed for, at patienten kan blive i eget hjem, herunder plejebolig og lignende, hvad enten der er tale om sygdom af midlertidig eller kronisk art, forskellige handicap eller situationer, hvor døden er nært forestående.

Den enkelte kommune har en betydelig grad af frihed med hensyn til at organisere og styre de sygeplejefaglige indsatser for at imødekomme borgernes behov. Med lovændring i 2023 ændredes betegnelsen fra hjemmesygepleje til sygepleje for at tydeliggøre, at sygepleje i kommunerne i dag udføres mange andre steder end i hjemmet, fx på kommunale klinikker, midlertidige pladser eller ved hjælp af digitale løsninger.³¹

På baggrund af en lægehenvi­ning tilrettelægger kommunen den sygeplejefaglige indsats. Tildelingen af indsatser sker altid med udgangspunkt i en konkret sundhedsfaglig vurdering. Vurderingen bør også tage udgangspunkt i eventuelle andre indsatser, som borgeren modtager. Borgerens behov vurderes løbende og som en integreret del af det samlede forløb.

Det er den kommunale ledelse, der har ansvaret for, at opgaven løses af medarbejdere med tilstrækkelige kompetencer i kommunen. Sygeplejen i kommunerne leveres af flere faggrupper. Både af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og i mindre grad af social- og sundhedshjælpere. Det kan fx være en social- og sundhedsassistent i den kommunale sygepleje, der udfører de sygeplejeydelser, som en læge har henvist til, og dermed delegeret til løsning i kommunen. Hver kommune afgør selv, hvilken sygepleje der kan udføres af hvilke faggrupper ud fra en decentral kompetencevurdering. Social- og sundhedsassistenter opnår gennem uddannelsen kompetencer til at udføre flere sygeplejeopgaver end social- og sundhedshjælpere. Social- og sundhedsassistentuddannelsen har som overordnet kompetenceområde at give helhedsorienteret sygepleje og rehabilitering i samarbejde med borgere og patienter.

I praksis leveres sygepleje ofte af de organisatoriske enheder, der typisk benævnes hjemmeplejen, og ofte i forbindelse med andre indsatser, såsom personlig pleje og praktisk hjælp efter serviceloven. En analyse fra 2024 viser også, at hjemmepleje og sygepleje oftest er organiseret under samme budgetansvarlige leder i kommunen. Et mindretal af kommunerne har derudover også integrerede teams for sygepleje og hjemmepleje.³² Begge organisatoriske forhold har som udgangspunkt potentiale til at bidrage til at understøtte sammenhængen mellem sygeplejen og hjemmeplejen i kommunen.

Fra d. 1. juli 2023 er der derudover indført lovhjemmel til, at det er muligt for kommuner at indgå samarbejder om tværkommunal visitation til den kommunale sygepleje under visse betingelser. Bestemmelsen er indført for at gøre det lettere for kommuner at levere sygepleje i tværkommunale organiseringer. Indenfor akutsygeplejen findes flere eksempler på, at kommuner går sammen om at levere akutsygepleje i en fælles organisation, som med lovændringen nu også kan tildele sygepleje til borgere fra alle de deltagende kommuner.

31 Indenrigs- og Sundhedsministeren, "Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed", Pub. L. No. L 103, 2022-23 (2. samling) (2023).

32 Foged, Søren Kjær m.fl. "Kommunernes ressourceforbrug og økonomiske styring på ældreområdet". VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2023.

Der er også kommunale sygeplejeopgaver, som ikke er lægeordnede. Fx kan sygeplejersker selv iværksætte udarbejdelsen af en ernæringsplan som en del af den kommunale sygepleje.³³ Samtidig er lov om forbeholdt virksomhedsområde til sygeplejersker trådt i kraft fra 2024, hvor sygeplejersker har fået mulighed for at udføre flere behandlinger på egen hånd, det vil sige uden delegation fra en læge. Det er bl.a. visse typer blodprøver, anlæggelse af katetre og sonder m.v. En undersøgelse viser, at medicinadministration og -disponering og kompressions- og sårbehandling er de indsatser, som fylder mest i den konkrete opgavevaretagelse i sygeplejen.³⁴ Medicinadministration og -dispensering omfatter bl.a. udlevering, bestilling, kontrol og klargøring af medicin, mens kompressionsbehandling bl.a. omfatter anlæggelse og aftagning af kompressionsforbinding.³⁵

Kommunerne kan indgå aftaler med private leverandører om udførelsen af sygepleje, mens ansvaret for tildeling af den kommunale sygepleje ikke kan overdrages til private leverandører. Den kommunal sygepleje er, fx modsat kommunal hjemmepleje, ikke omfattet af et lovkrav om frit valg af leverandør. En del af sygeplejen i kommunerne bliver dog udført af netop private leverandører af hjemmepleje, i det omfang at den enkelte kommune vælger at overdrage udvalgte sygeplejeindsatser til private leverandører af hjemmeplejen på samme måde som for den kommunale hjemmepleje.

Kommunale akutfunktioner (som en del af sygeplejen)

Den kommunale akutfunktion er en del af den kommunale sygepleje. Formålet er bl.a. at forebygge forværring af sygdom og følge op på sygehusets indsats, når patienter, fx efter udskrivelse fra sygehus, fortsat har komplekse pleje- og behandlingsbehov. Det kan foregå i borgerens eget hjem eller som midlertidigt døgnophold på særlige kommunale pladser.

Den kommunale akutfunktion kan organiseres som selvstændige teams (akutteams) eller som integreret i sygeplejens organisering, eventuelt suppleret med akutpladser. Akutteams forstås som en udekørende funktion, hvor sygeplejen ydes i patientens hjem, fx plejebolig og midlertidige døgnophold eller botilbud. Akutpladser forstås som en stationær plads på en kommunal matrikel.³⁶ En akutplads kan fx være på et kommunalt rehabiliteringscenter eller et plejecenter. Senere i kapitlet gennemgås de midlertidige pladser efter serviceloven, som akutpladser efter sundhedsloven er en variant af.

Sundhedsstyrelsen har ad flere omgange udgivet konkrete krav og anbefalinger til indsatsen, bl.a. i form af kvalitetsstandarder, der skal understøtte en ensartet og høj kvalitet i de sundhedsfaglige indsatser i akutfunktionerne på tværs af landet. I forlængelse af aftalen om "en national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen" i den politiske aftale om sundhedsreform fra maj 2022 udgav Sundhedsstyrelsen i september 2023 nye kvalitetsstandarder for de kommunale akutfunktioner, som er blevet udarbejdet med inddragelse af en bredt sammensat arbejdsgruppe. Med de opdaterede kvalitetsstandarder i 2023 blev det bl.a. obligatorisk for kommunerne at etablere en akutfunktion eller samarbejde omkring en sådan. Der stilles også krav om adgang til rådgivning og sparring fra sygehus og alment praktiserende læger.

Snitflader for kommunal sygepleje

I figur 2.1 ses andelen af personer, der i løbet af samme år har modtaget kommunal sygepleje og enten personlig pleje, praktisk hjælp, tidsafgrænset rehabilitering, vedligeholdelsestræning, socialpædagogisk støtte, fx i eget hjem, og/eller været i kontakt med det regionale sygehusvæsen.

Her ses det, at der er et stort overlap i gruppen af borgere, der modtager sygepleje, og gruppen af borgere, som modtager praktisk hjælp og personlig pleje (hjemmepleje). 43 pct. af de borgere, der modtog kommunal sygepleje, var også visiteret til praktisk hjælp i hjemmeplejen, mens 31 pct. var visiteret til personlig pleje i hjemmeplejen. Borgere, der både er visiteret til praktisk hjælp og personlig pleje, vil både fremgå under gruppen, som er visiteret til personlig pleje i hjemmeplejen, og under gruppen, som er visiteret til praktisk hjælp i hjemmeplejen.

33 Vinge, Sidsel og Emmy Hjort-Enemark Topholm. "Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter i kommunerne". Bd. 2021. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2021.

34 Indenrigs- og Boligministeriets Benchmarkingenhed, "Kommunal sygepleje til ældre", 2022.

35 "Fælles Sprog III Indsatskatalog (sundhedslov) version 1.6" (KOMBIT, u.å.).

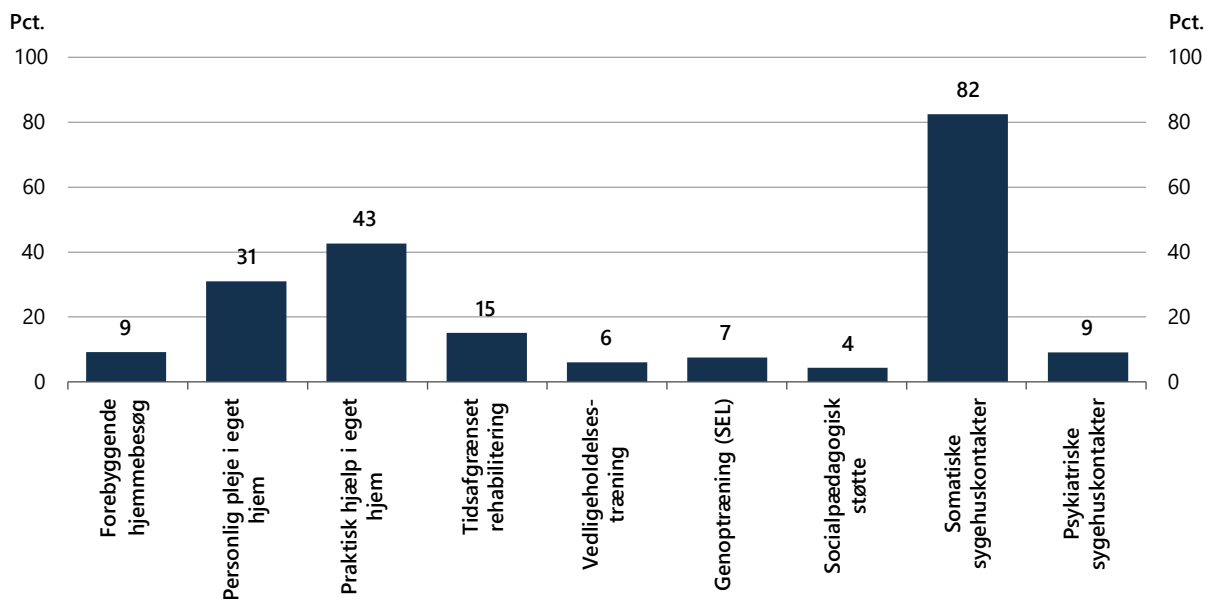
36 Sundhedsstyrelsen. "Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner". Sundhedsstyrelsen, 2023.

En stor andel af personer, der modtager sygepleje, har også haft kontakt med sygehusvæsenet indenfor det seneste år, 82 pct. og 9 pct. for henholdsvis somatiske og psykiatriske sygehusvæsen.

I 2022 modtog ca. 145.000 borgere kommunal sygepleje i eget hjem, heraf var ca. 30.000 borgere under 65 år.³⁷ Antal borgere er opgjort som et månedligt gennemsnit. Der er ikke data for antallet af borgere, der modtager kommunal sygepleje som led i ophold på fx plejehjem, midlertidige pladser, botilbud eller tilbud i kommunale sygeplejeklinikker.

Figur 2.1

Andelen af personer, der får kommunal sygepleje efter sundhedslovens § 138, som samme år modtager udvalgte kommunale indsatser efter serviceloven eller har kontakt med det regionale sygehusvæsenet (pct.), 2019



Anm.: Grundlaget for opgørelsen af de kommunale indsatser er indberetninger fra kommunerne. Opgørelsen indeholder alle individer, der er i Danmarks Statistiks registre står til at have modtaget indsatsen. Da kommunernes indberetninger ikke altid er fuldkomne, kan opgørelsen undervurdere størrelsen på snitfladerne. Indsatserne er ikke gensidigt udelukkende, samme person kan indgå i flere indsatskategorierne, hvis personen har modtaget flere typer af indsatser i løbet af 2019. For nogle kommuner er det svært at skelne mellem, om genoptræning er leveret efter sundhedsloven eller serviceloven, og derfor kan genoptræning være registreret forkert. Nogle kommune indberetter rehabilitering som genoptræning eller hjemmepleje. Hjemmepleje vedrører modtagere visiteret til hjemmepleje. Socialpædagogisk støtte, som indgår i figuren, vedrører indsatser, som ikke leveres på botilbud eller i et botilbudslignende tilbud, men fx i borgerens eget hjem.

Kilde: Danmarks statistiks registre (AEFB, AEFV, AERH, AETR, HANDIC og Landspatientregisteret) og egne beregninger

Vederlagsfri genoptræning og vederlagsfri fysioterapi efter sundhedslovens §§ 140 og 140 a

Efter sundhedslovens § 140 skal kommunerne tilbyde genoptræning til patienter, der efter udskrivelse fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning. Genoptræningen omfatter alle patienter, uanset diagnose og alder, og regionerne har pligt til at udarbejde en genoptræningsplan til patienter, som har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning. Private sygehuse, som varetager offentlig finansieret behandling, er også forpligtet til at tilbyde en genoptræningsplan til patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivning. Genoptræningsplanen skal beskrive patientens

genoptræningsbehov, og kommunen har herefter ansvaret for at tilbyde vederlagsfri genoptræning på baggrund af genoptræningsplanen. Der blev udarbejdet ca. 209.000 genoptræningsplaner i 2022.³⁸ Den samme borger kan modtage flere genoptræningsplaner i løbet af et år.

Der findes flere niveauer af genoptræning efter sundhedsloven, som bl.a. afhænger af patientens funktions- evne. Genoptræningsplanen fra sygehuset skal angive, om patienten har behov for almen genoptræning, genoptræning på specialiseret niveau eller rehabilitering på specialiseret niveau. Almen genoptræning og rehabilitering på specialiseret niveau foregår i kommunen, hvorimod genoptræning på specialiseret niveau foregår på sygehuset. Hvis genoptræningsplanen angiver, at patienten har behov for almen genoptræning, skal kommunen lave en sundhedsfaglig vurdering af, om patienten har behov for genoptræning på basalt eller avanceret niveau.

Patienter kan efter udskrivelse fra sygehus vælge mellem genoptræningstilbud, som bopælskommunen har etableret ved egne institutioner, eller indgået aftaler om med andre myndigheder eller private leverandører. Der er desuden indført udvidet frit valg til genoptræning, som foregår i kommune, der betyder, at hvis ventetiden til genoptræning overstiger syv dage, har personen ret til at vælge at modtage genoptræningen hos en privat leverandør. Der er desuden frit valg til specialiseret genoptræning, som foregår på sygehuset, efter reglerne om frit sygehusvalg.

Borgerrettet forebyggelse efter sundhedslovens § 119, stk. 1-2

Den kommunale forebyggelse handler først og fremmest om borgerrettet (primær) forebyggelse, der har til formål at holde raske borgere sunde og undgå, at sygdom opstår. Borgerrettet forebyggelse skal både løses som en del af kommunens opgavevaretagelse på alle øvrige relevante områder og ved etablering af særskilte forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne. Det kan ske gennem en bred vifte af indsatser, fx tilbud om nikotinafvænnings, alkoholrådgivning eller gruppebaserede træningsforløb til forebyggelse af overvægt. Der stilles i lovgivningen ikke konkrete krav til, hvilke tilbud eller indsatser som kommunerne skal stille til rådighed, eller hvilke tilbud der skal prioriteres.

Sundhedsstyrelsen understøtter den borgerrettede forebyggelse, bl.a. gennem en række forebyggelses- pakker, som er et vidensbaseret værktøj til kommunerne med faglige anbefalinger indenfor forskellige områder. Forebyggelsespakkerne kan bidrage til at prioritere og kvalitetsudvikle det kommunale forebyggelsesarbejde. Serien af forebyggelsespakker omhandler alkohol, fysisk aktivitet, mental sundhed, tobak, overvægt, hygiejne, indeklima i skoler, solbeskyttelse, tobak og børn og unges trivsel. Anbefalingerne er vejledende og ikke bindende. Kommunens borgerrettede forebyggelsesindsats varetages dermed også i sammenhæng med andre kommunale områder, såsom skole- og daginstitutioner, natur, miljø, kultur, fritid, vejnet m.v. Fx kan investeringer i cykelinfrastruktur i kommunerne også betragtes som en investering i folkesundheden ved at gøre det mere attraktivt for kommunens borgere at anvende cykle som transport- middel.

Patientrettet forebyggelse/rehabilitering til mennesker med kroniske sygdomme efter sundhedslovens § 119, stk. 3

Den kommunale forebyggelse handler også om patientrettet (sekundær) forebyggelse, som er målrettet mennesker med kronisk sygdom. De opdaterede kvalitetsstandarder fra 2024 målrettet patientrettet forebyggelse for borgere med kroniske sygdomme har bl.a. til formål at sikre adgang til forebyggelsestilbud af bedre og mere ensartet kvalitet i kommunerne. Det er fx i form af tilbud om sygdomsmestring, fysisk aktivitet, ernæringsindsatser, nikotinafvænnings og samtale om alkohol.

Den patientrettede forebyggelse målrettet borgere med kronisk sygdom kan omfatte forebyggelsestilbud, der kan være en del af et rehabiliterende forløb målrettet borgere, som ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold kan have gavn af et forebyggelsestilbud for at kunne leve bedst muligt

38 Landspatientregisteret (LPR) (pr. 10-03-2024), CPR-registret (PR. 26-03-2024), og Sundhedsdatastyrelsen, "Genoptræningsplaner", eSundhed.

med deres sygdom. Det skal fx være fysisk træning til borgere med KOL, diabetes eller hjertekar-lidelser. De patientrettede forebyggelsestilbud skal desuden omfatte indsatser såsom sygdomsmestring, nikotin/tobaksafvænning, ernæringsindsatser m.v.³⁹

Kommunale tandplejeordninger efter sundhedsloven §§ 131, 133 og 134 a, 135

Kommunerne har ansvaret for socialtandplejen efter sundhedslovens §§ 134 a – 135, der er et vederlagsfrit tandplejetilbud, målrettet stærkt socialt udsatte borgere, fx hjemløse. Dertil kommer omsorgstandplejen i sundhedslovens §§ 131-132 og specialtandplejen i sundhedslovens §§ 133-134, som er tandplejetilbud med et maksimum på den årlige egenbetaling for borgerne. Ordningerne er målrettet borgere med funktionsnedsættelser, som ikke kan benytte den almindelige voksentandpleje, fx ældre med nedsat førlighed eller borgere med fysisk eller psykisk handicap.

Omsorgstandplejen er for personer, der på grund af kronisk nedsat førlighed eller vidtgående fysisk eller psykisk handicap kun vanskeligt kan udnytte de almindelige tandplejetilbud. Størstedelen af omsorgstandplejens personkreds består af ældre, der på grund af nedsat funktionsevne har et stort behov for personlig pleje og praktisk hjælp i dagligdagen. Det gælder bl.a. ældre, der opholder sig i plejeboliger, og ældre i eget hjem, der modtager vidtgående personlig pleje og praktisk hjælp. Omsorgstandpleje tilbydes også til borgere med udviklingshæmning og sindslidelse, bl.a. personer med ophold i midlertidige og varige botilbud, der ikke har særlige odontologiske problemer, som kræver et specialiseret tandplejetilbud i specialtandplejen, men hvor personen ikke i tilstrækkeligt omfang er i stand til at benytte praksistandplejen.⁴⁰

Specialtandplejen er for sindslidende, psykisk udviklingshæmmede m.v., der ikke kan udnytte de almindelige tandplejetilbud i børne- og ungdomstandplejen, praksistandplejen eller i omsorgstandplejen. Målgruppen har behov for særlig behandlingsmæssig støtte, fx generel anæstesi, for at gennemføre behandling. Der er desuden behov for et mere specialiseret behandlingstilbud, end omsorgstandplejen kan tilbyde.

Omsorgs- og specialtandplejen leveres primært af kommunernes egne klinikker. Af kommunernes samlede udgifter til omsorgs- og specialtandpleje omfatter 58 pct. egne klinikker, 9 pct. omfatter ydelser, som kommunerne køber af hinanden, 14 pct. omfatter ydelser fra private og de resterende 19 pct. omfatter udgifter til regionerne. Udgifterne til regionerne afspejler bl.a., at modtagere af specialtandpleje i nogle tilfælde modtager behandling under narkose.⁴¹

Socialtandplejen er for de mest socialt udsatte borgere, som ikke kan benytte de eksisterende tandplejeordninger i omsorgstandplejen, specialtandplejen og praksistandplejen. Kommunerne skal tilbyde vederlagsfri akut smertelindrende og funktionsopbyggende tandpleje til borgere med særlige sociale problemer, fx gadehjemløse og borgere, der benytter herberger, varmestuer eller væresteder på grund af hjemløshed. Ifølge monitoreringen af den sociale tandplejeordning fra KL leverede 76 pct. af kommunerne det sociale tandplejetilbud i egen kommunal praksis i 2022.⁴²

Tandpleje for børn efter sundhedslovens §§ 127-130

Kommunerne yder vederlagsfri tandpleje til børn og unge frem til det fyldte 22 år efter sundhedslovens §§ 127-130. Der er frit valg i børne- og ungdomstandplejen. Det betyder, at borgeren eller borgerens værge kan vælge at modtage tilbuddet via en praktiserende tandlæge eller tandplejer.

Med finanslovsaftalen for 2022 blev det besluttet at indføre vederlagsfri tandpleje til unge i alderen 18-21 år. Ordningen indføres med en årgang ad gangen som en udvidelse af den kommunale børne- og ungdomstandpleje og forventes fuldt implementeret ved udgangen af 2025. Der blev med finanslovsaftalen

39 Sundhedsstyrelsen. "Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom: Kvalitetsstandarder". Sundhedsstyrelsen, 2024.

40 Indenrigs- og Sundhedsministeriet, "Den kommunale tandpleje: Vejledning for omfanget af og kravene til den kommunale tandpleje", VEJ nr 9382 af 12/05/2023 (2020).

41 Statistikbanken.dk, Danmarks Statistik, REGKC.

42 KL, "Den sociale tandplejeordning 2023", 2023.

for 2022 afsat 40 mio. kr. i 2022, 170 mio. kr. i 2023, 260 mio. kr. i 2024 og 350 mio. kr. fra 2025 og frem. Derudover blev der afsat 60 mio. kr. årligt i anlægsmidler fra 2022-2025 (i alt 240 mio. kr.) til en kommunal ansøgningspulje.

Kommunerne kan vælge at tilbyde tandplejen på offentlige klinikker eller hos praktiserende tandlæger eller tandplejere, som kommunen indgår aftale med. Kommunerne kan også beslutte at tilrettelægge sin børne- og ungdomstandpleje, så kommunen både bruger offentlige klinikker og privat praksis. Børn og unge, der ønsker et andet tilbud end det, kommunen stiller til rådighed, kan også vælge at modtage tandplejen hos en privatpraktiserende tandlæge efter eget valg, hos en privatpraktiserende tandplejer eller tandlæge efter eget valg eller på en anden kommunes tandklinik (fritvalgsordningen). For børn og unge, der er fyldt 16 år, er det vederlagsfrit at gøre brug af fritvalgsordningen, mens det for børn og unge under 16 år er forbundet med en vis egenbetaling, med mindre kommunen i forvejen har besluttet at tilbyde en del af børne- og ungdomstandplejen i privat praksis.

Børne- og ungdomstandplejen leveres primært af kommunernes egne klinikker. Af kommunernes samlede udgifter til børne- og ungdomstandplejen omfatter ca. 87 pct. udgifter til egne klinikker, ca. 10 pct. omfatter udgifter hos private, og ca. 3 pct. omfatter udgifter til køb af ydelser hos andre kommuner.⁴³

Forebyggende sundhedsydelser til børn og unge, herunder sundhedspleje efter sundhedslovens §§ 120-126

Kommunerne har ansvar for at levere forebyggende sundhedsindsatser til børn og unge efter sundhedslovens § 120-126 fx gennem sundhedsplejeordningen. De forebyggende sundhedsydelser skal sikre børn og unge en sund opvækst og skabe gode forudsætninger for en sund voksentilværelse.⁴⁴

Sundhedsplejen kombinerer en bred forebyggende og sundhedsfremmende indsats med en ekstra indsats til børn og familier med særlige behov. Børn og unge med særlige behov for støtte skal indtil undervisningspligtens ophør tilbydes en ekstra indsats, der omfatter en øget vejledning og yderligere undersøgelser ved læge eller sundhedsplejerske og bistand i forhold til tværprofessionel støtte, når det er påkrævet.

I barnets første leveår skal alle børn tilbydes funktionsundersøgelser ved en sundhedsplejerske, som normalt finder sted i barnets hjem. Sundhedsstyrelsen anbefaler minimum seks besøg i barnets første leveår, hvor fokus er på barnets udvikling og trivsel, amning og familiedannelse. Familier med særlige behov kan tilbydes ekstra ydelser, afhængigt af konkret faglig vurdering. Børn, som har særlige behov, skal ud over etårsalderen tilbydes hjemmebesøg af sundhedsplejersken for at støtte en sund udvikling.

Alle børn og unge i den undervisningspligtige alder skal tilbydes to forebyggende helbredsundersøgelser i form af henholdsvis ind- og udskolingsundersøgelse, som skal foretages af en læge eller sundhedsplejerske. Derudover skal sundhedsplejersken på mellemtrinet monitorere børn og unges højde og vægt. Sundhedsplejersken skal også have regelmæssig kontakt med børn og unge indtil undervisningspligtens ophør for at afdække eventuelle sundheds- eller trivselsmæssige problemer. Med aftalen om sundhedsreform fra 2022 blev det besluttet at give sundhedsplejerskerne redskaber til at målrette indsatsen overfor sårbare familier, bl.a. for at reducere ulighed i sundhed og forebygge negativ social arv. Sundhedsstyrelsen er med til at udbrede redskaberne i kommunerne.

Ved siden af de kommunale sundhedsordninger skal regionsrådet tilbyde syv gratis, forebyggende helbredsundersøgelser hos den alment praktiserende læge til alle børn, fra fødsel til skolealderen, og vaccination i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Misbrugsbehandling efter sundhedslovens §§ 141 og 142 og servicelovens §§ 101 og 101 a

Det fremgår af sundhedslovens § 141, at kommunen skal tilbyde vederlagsfri behandling til borgere, der ønsker at modtage behandling for alkoholmisbrug. Alkoholbehandlingen skal iværksættes senest 14 dage efter, at borgeren har henvendt sig til kommunen med et ønske om at komme i behandling. Kommunen kan

43 Statistikbanken.dk, Danmarks Statistik, REGKC.

44 Indenrigs- og Sundhedsministeriet, "Bekendtgørelse om forebyggende sundhedsydelser for børn og unge", BEK nr 1344 af 03/12/2010 (2010).

tilvejebringe tilbud om alkoholbehandling ved at etablere behandlingstilbud på egne institutioner eller ved at indgå aftaler om alkoholbehandling med andre kommuner, regioner eller private institutioner. Alkoholbehandling kan bestå af medicinsk behandling med lægemidler og af ikke-medicinsk behandling, fx i form af socialpædagogisk eller psykologisk funderede samtaler, enten individuelt eller i gruppe. Ofte vil medicinsk behandling være et supplement til ikke-medicinsk behandling. I praksis er der et stort indholdsmæssigt sammenfald mellem ikke-medicinsk alkoholbehandling efter sundhedslovens § 141 og social stofmisbrugsbehandling efter servicelovens § 101. Sammenfaldet kommer bl.a. til udtryk ved, at alkoholbehandling og social stofmisbrugsbehandling typisk er forankret samme sted i kommunerne.

Det følger af sundhedslovens § 142, at kommunen skal tilbyde en vederlagsfri lægesamtale til borgere, som ønsker at komme i stofmisbrugsbehandling efter sundhedsloven (lægelig stofmisbrugsbehandling) eller efter serviceloven (social stofmisbrugsbehandling). Det fremgår derudover, at kommunen skal tilbyde vederlagsfri lægelig stofmisbrugsbehandling. Behandlingen skal iværksættes senest 14 dage efter, at borgeren har henvendt sig til kommunen med ønske om at komme i behandling. Kommunen kan tilvejebringe tilbud om lægelig stofmisbrugsbehandling ved at etablere behandlingstilbud på egne institutioner eller ved at indgå aftaler om stofmisbrugsbehandling med andre kommuner, regioner eller private institutioner. Den lægelige stofmisbrugsbehandling dækker over behandling med substitutionsmedicin (behandling af afhængighed af heroin og andre opioider med substitutionspræparater, fx metadon eller med lægeordineret heroin). Den lægelige stofmisbrugsbehandling omfatter primært undersøgelse for og behandling af misbruget/afhængigheden. Herudover omfatter den lægelige behandling af personer med et stofmisbrug undersøgelse for og sikring af behandling af de fysiske og psykiske problemstillinger, som er knyttet til misbruget. Det fremgår af autorisationsloven, at ordination af afhængighedsskabende lægemidler kun kan foretages af læger ansat i lægestillinger ved kommunale, regionale eller private institutioner. Det betyder, at lægelig stofmisbrugsbehandling altid vil blive varetaget af en læge eller på en læges ansvar. Det fremgår af Sundhedsstyrelsens behandlingsvejledning, at udgangspunktet er, at den lægelige stofmisbrugsbehandling ikke bør stå alene, men bør være en integreret del af den samlede indsats for den enkelte patient med et stofmisbrug. Derfor vil lægelig stofmisbrugsbehandling efter sundhedslovens § 142 typisk blive tilbudt sammen med social stofmisbrugsbehandling efter servicelovens § 101.

Tilbud om behandling af stofmisbrugsbehandling reguleres både i serviceloven og barnets lov. Kommunen er forpligtet til at tilbyde social behandling til personer med et stofmisbrug efter reglerne i servicelovens §§ 101 og anonym, ambulans behandling af stofmisbrug efter servicelovens § 101 a. Kommunen skal derudover iværksætte social stofmisbrugsbehandling, jf. § 101 i serviceloven, til børn og unge under 18 år efter reglerne i barnets lov § 33, når barnet eller den unge har alvorlige sociale og adfærdsmæssige problemer på grund af stofmisbruget, som medfører, at barnet eller den unge ikke kan fungere i forhold til familie, uddannelse, arbejde eller skole

Med aftalerne om kommunernes og regionernes økonomi for 2024 blev regeringen, KL og Danske Regioner enige om rammerne for et samlet regionalt tilbud til mennesker med en psykisk lidelse og samtidigt behandlingskrævende misbrug. Det regionale integrerede dobbeltdiagnosebehandlingstilbud tages i brug pr. 1. september 2024 med en trinvis indfasning. Tilbuddet vil være fuldt ud indfaset i 2027, hvor det er estimeret, at tilbuddet omfatter ca. 9.200 personer. Selvom regional integreret dobbeltdiagnosebehandling vil være at betragte som en sygehusedelse efter sundhedsloven, vil behandlingen ikke alene være sundhedsfaglig, men også indeholde socialfaglige elementer, da regionerne får ansvar for at tilbyde social stofmisbrugsbehandling som en del af den integrerede dobbeltdiagnosebehandling. Det socialfaglige aspekt kommer til udtryk i den faglige retningslinje for visitation til integreret behandling af mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik, udarbejdet af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Social- og Boligstyrelsen.⁴⁵

I 2022 modtog ca. 19.000 voksne personer stofmisbrugsbehandling efter servicelovens § 101 eller sundhedslovens § 142 på et tidspunkt i løbet af året. Personer i anonym stofmisbrugsbehandling efter servicelovens § 101 a indgår ikke.⁴⁶

45 Sundhedsstyrelsen. "Visitation til integreret behandling af mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik. Faglig visitationsretningslinje". Sundhedsstyrelsen, 2023.

46 Social-, Bolig- og Ældreministeriet, "Socialpolitisk Redegørelse 2023", 2024.

I 2022 modtog ca. 25.000 personer, som var 15 år eller derover, offentlig finansieret alkoholbehandling. Det inkluderer også personer i anonym offentlig finansieret behandling.

Udvalgte indsatser efter serviceloven i relation til dele af ældre og -socialområdet

I det følgende gennemgås kommunernes ansvar for udvalgte indsatser efter serviceloven. Det er indsatser, som kan betragtes som nærliggende til sundhedsområdet, og som derfor er relevante at beskrive nærmere.

Hjemmepleje og tidsafgrænset rehabilitering efter servicelovens § 83 og §83 a

Kommunen skal tilbyde personlig pleje, praktisk hjælp og madservice (hjemmepleje) efter servicelovens § 83 til personer, som på grund af midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre opgaverne, og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb til personer med nedsat funktionsevne, hvis rehabiliteringsforløbet vurderes at kunne forbedre personens funktionsevne.

Visitation til personlig pleje, praktisk hjælp og madservice (hjemmepleje) og rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83 a sker på baggrund af en vurdering af borgernes fysiske og psykiske funktionsevne og særlige sociale problemer, uafhængigt af alder. Det er derfor ikke kun ældre borgere over 65 år, som kan visiteres til hjemmeplejen, men også personer under 65 år med en midlertidig eller varig funktionsnedsættelse. Kommunen visiterer borgere til hjemmepleje på baggrund af en konkret og individuel vurdering af den enkelte borgers behov. Hjælpen skal desuden løbende tilpasses borgerens behov. Det betyder, at hjælpen løbende skal justeres i takt med, at modtagerens funktionsevne ændres i op- eller nedadgående retning. Konkret sker det ved, at der foretages en revisitation.⁴⁷

For så vidt angår rehabiliteringsforløb, skal kommunen forud for vurdering af behovet for hjemmepleje tilbyde et kort, tidsafgrænset og målorienteret rehabiliteringsforløb, hvis det vurderes at kunne forbedre en borgers funktionsevne og dermed reducere eller fjerne behovet for hjemmepleje. En spørgeskemaundersøgelse blandt kommunerne i 2022 viste, at hovedparten af de bevilligede rehabiliteringsforløb var til borgere, der ikke forud for forløbet modtog hjemmeplejeydelser.⁴⁸

Mere end halvdelen af de adspurgte kommuner i undersøgelsen arbejdede desuden med rehabiliteringsforløb, der i større eller mindre grad også inkluderer sygeplejeindsatser efter sundhedslovens § 138. Det kan fx omhandle indsatser om kompressionsstrømmer eller medicinadministration. For de kommuner, der ikke inkluderede sygeplejeindsatser, blev det blandt andet begrundet med udfordringer med at få sygepleje til at arbejde tilstrækkeligt rehabiliterende. En anden undersøgelse fra 2017 viste også, at sygeplejerskerne i nogle tilfælde tildeles roller og funktioner i rehabiliteringsforløb, som de ikke oplevede som compatible med deres faglighed, fx fordi sygeplejerskerne oplevede, at opgaverne i højere grad krævede terapeutfaglig baggrund.⁴⁹

Et casestudie af flere kommuner peger på, at personlig hygiejne er den opgave i hjemmeplejen efter servicelovens § 83, som fylder mest i hjemmeplejen, efterfulgt af rengøring og tilberedning/anretning af mad. For rehabiliteringsydelserne efter servicelovens § 83 a er personlig hygiejne også den opgave, der fylder mest i opgavevaretagelsen, efterfulgt af tilretning/anretning af mad og udskillelser.⁵⁰ Formålet med at udføre ydelserne som en del af et rehabiliteringsforløb kan være at give borgeren den nødvendige hjælp og støtte for at kunne forbedre borgerens funktionsevne.

47 Sundhedsstyrelsen. "Inspirationsmateriale til forsøg med selvvisitation i ældreplejen". Sundhedsstyrelsen, 2022.

48 Sundhedsstyrelsen. "Status på rehabiliteringsforløb efter § 83 a. Resultater fra en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse". Sundhedsstyrelsen, 2022.

49 KORA, Pia Kürstein Kjellberg og Lea Graff. "Sygeplejerskernes rolle i rehabilitering i ældreplejen". KORA - Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning, 2017.

50 Vinge, Sidsel og Emmy Hjort-Enemark Topholm. "Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter i kommunerne". Bd. 2021. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2021.

Samtidig viser samme casestudie, at opgaverne i høj grad varetages af social- og sundhedshjælpere og i mindre grad social- og sundhedsassistenter.⁵¹ Social- og sundhedshjælperuddannelsen har da også som overordnet kompetenceområde at give omsorg, pleje og praktisk hjælp i et rehabiliterende perspektiv. Social- og sundhedsmedarbejdere er primært ansvarlige for udførelsen af rehabiliteringsforløb, mens andre faggrupper, såsom ergo- og fysioterapeuter, ofte også er involveret i koordinering og udførelsen af et rehabiliteringsforløb.⁵²

Frit valg for hjemmepleje

For hjemmepleje, der er omfattet af frit valg, skal kommunerne tilbyde mindst ét alternativ til den kommunale leverandør. Det kan kommunerne gøre ved enten at indgå kontrakt med en eller flere private leverandører eller ved at give borgeren et fritvalgsbevis, som giver borgeren mulighed for selv at indgå aftale med en leverandør.⁵³ Den mest udbredte kommunale ordning for tilvejebringelse af det frie valg for personlig pleje og praktisk hjælp er via indgåelse af kontrakt med en privat leverandør. Omkring halvdelen af kommunerne tilvejebringer det frie valg ved godkendelse af private leverandører til udførsel af opgaverne på baggrund af kommunens egne pris- og kvalitetsvilkår, mens omkring hver tredje kommune udvælger leverandører via et udbud.⁵⁴

Fritvalgsbeviser forekommer indimellem i kombination med de førnævnte ordninger. For de kommuner, henholdsvis 9 pct. for praktisk hjælp og 15 pct. for personlig pleje, der udelukkende tilvejebringer det frie valg via fritvalgsbeviser, skyldes det typisk manglende interesse hos private aktører, fx i forhold til at blive godkendt som leverandør i kommunen. Fritvalgsbeviser bruges primært blandt den mindste halvdel af kommunerne.⁵⁵

Private leverandører spiller en væsentlig rolle i hjemmeplejen, hvor knap halvdelen (ca. 41 pct.) af de borgere, der modtager hjemmepleje, benytter en privat leverandør. Det er især praktisk hjælp, der udføres af private, da ca. 47 pct. af de borgere, der udelukkende modtager praktisk hjælp, modtager hjælpen fra en privat leverandør, mens det kun er ca. 9 pct. af dem, der udelukkende modtager personlig pleje, der benytter en privat leverandør. Det er dog kun omkring 14 pct. af kommunens udgifter til personlig pleje og praktisk hjælp, der går til private leverandører. Modtagere af privat hjemmepleje modtager ikke nødvendigvis alle indsatser fra private leverandører.⁵⁶

Social-, Bolig- og Ældreministeriet oplyser, at der med ældreloven fra d. 1. juli 2025 indføres helhedspleje, hvor leverandøren skal kunne tilbyde alle ydelser i det fastsatte rummelige pleje- og omsorgsforløb. Det frie valg udvides til også at omfatte rehabilitering og genoptræning med ældreloven pr. 1. juli 2025.

Snitflader for personlig pleje og praktisk hjælp (hjemmepleje)

I figur 2.2 ses andelen af personer, der har modtaget midlertidigt eller varigt personlig pleje og praktisk hjælp og støtte til nødvendige opgaver i hjemmet og i samme år også har modtaget enten sygepleje, udvalgte indsatser efter serviceloven og/eller været i kontakt med sygehusvæsenet.

Omkring 20 pct. af borgerne, der var visiteret til enten praktisk hjælp eller personlig pleje i hjemmeplejen, var også visiteret til rehabilitering. En forklaring kan bl.a. være, at en del af de personer, der i første omgang modtager tidsafgrænset rehabilitering med henblik på at blive selvhjulpne, efterfølgende får brug for og visiteres til varig indsats (hjemmepleje).

51 Vinge, Sidsel og Emmy Hjort-Enemark Topholm. "Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter i kommunerne". Bd. 2021. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2021.

52 Sundhedsstyrelsen. "Status på rehabiliteringsforløb efter § 83 a. Resultater fra en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse". Sundhedsstyrelsen, 2022.

53 Vinge, Sidsel og Emmy Hjort-Enemark Topholm. "Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter i kommunerne". Bd. 2021. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2021.

54 Foged, Søren Kjær m.fl. "Kommunernes ressourceforbrug og økonomiske styring på ældreområdet". VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2023.

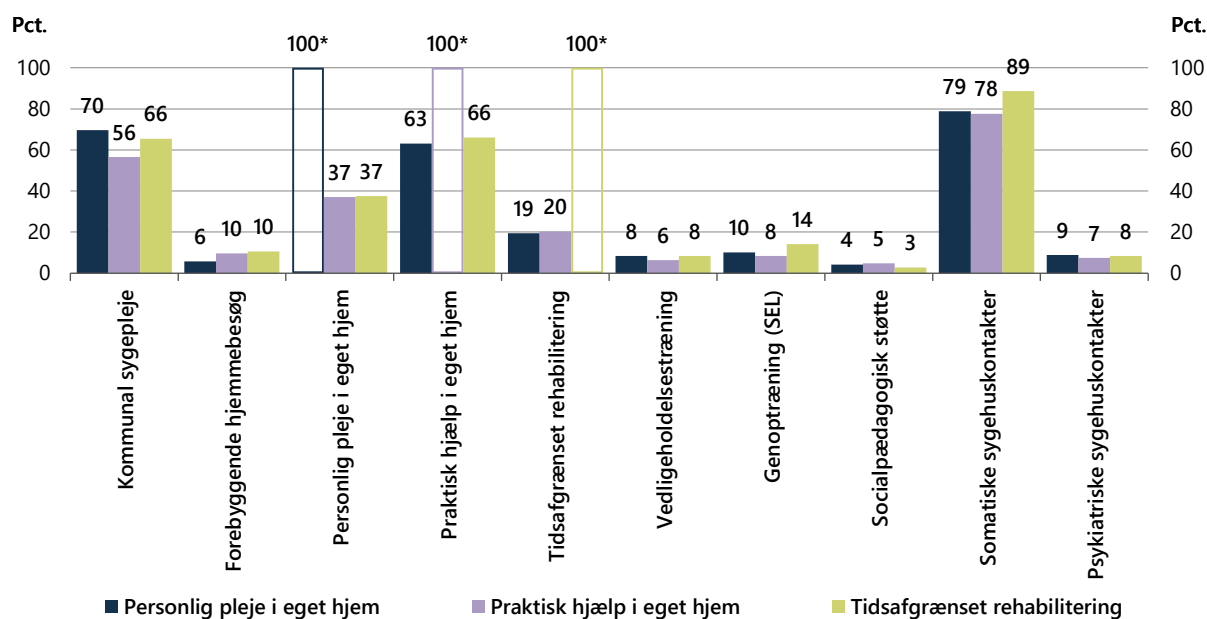
55 Foged, Søren Kjær m.fl. "Kommunernes ressourceforbrug og økonomiske styring på ældreområdet". VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2023.

56 Statistikbanken.dk, Danmarks Statistik, AED06 og AED12.

I 2022 modtog i alt ca. 156.000 borgere hjemmepleje, hvor omtrent 26.000 borgere var under 65 år. Heraf modtog 61.000 borgere både personlig pleje og praktisk hjælp i hjemmet, ca. 14.000 borgere modtog udelukkende personlig pleje i eget hjem og ca. 81.000 borgere modtog udelukkende praktisk hjælp i hjemmet. Antal borgere er opgjort som et månedligt gennemsnit.⁵⁷

Figur 2.2

Andelen af personer, der får personlig hjælp og pleje eller hjælp til praktiske opgaver i hjemmet efter servicelovens § 83, stk. 1, nr. 1-2 (hjemmepleje) eller tidsafgrænset rehabilitering efter servicelovens § 83 a, som samme år modtager kommunal sygepleje, udvalgte kommunale ydelser efter serviceloven eller har kontakt med det regionale sygehusvæsenet (pct.), 2019



Anm.: Grundlaget for opgørelsen af de kommunale indsatser er indberetninger fra kommunerne. Opgørelsen indeholder alle individer, der i Danmarks Statistiks registre står til at have modtaget indsatsen. Da kommunernes indberetninger ikke altid er fuldkomne, kan opgørelsen undervurdere størrelsen på snitfladerne. Indsatserne er ikke gensidigt udelukkende, samme person kan indgå i flere indsatskategorierne, hvis personen har modtaget flere typer af indsatser i løbet af 2019. For nogle kommuner er det svært at skelne mellem, om genoptræning er leveret efter sundhedsloven eller serviceloven, og derfor kan genoptræning være registreret forkert. Nogle kommuner indberetter rehabilitering som genoptræning eller hjemmepleje. Hjemmepleje vedrører modtagere visiteret til hjemmepleje. Socialpædagogisk støtte, som indgår i figuren, vedrører indsatser, som ikke leveres på botilbud eller i et botilbudslignende tilbud, men fx i borgerens eget hjem.

* Ydelser hvor søjlen er vist uden farve er snitfladen til sig selv og vil altid angive 100 pct.

Kilde: Danmarks statistiks registre (AEFB, AEFV, AERH, AETR, HANDIC og Landspatientregisteret) og egne beregninger.

Generelle aktiverende og forebyggende tilbud efter servicelovens og forebyggende hjemmebesøg efter servicelovens §§ 79 og 79 a

Kommunerne kan iværksætte eller give tilskud til generelle tilbud med aktiverende og forebyggende sigte efter servicelovens § 79. Tilbuddene skal være generelle og dermed tilgængelige for hele den afgrænsede målgruppe, fx ældre borgere i kommunen, uden der er foretaget en konkret og individuel vurdering af behovet for tilbuddet gennem visitation.

Kommunen skal efter servicelovens § 79 a tilbyde forebyggende hjemmebesøg på baggrund på faste tidspunkter på baggrund af alder og efter behov. Kommunen skal tilbyde mindst et årligt forebyggende hjemmebesøg til alle borgere, der er fyldt 82 år. Kommunen skal derudover tilbyde et forebyggende hjemmebesøg til alle borgere, når de fylder 75 år, og når de fylder 80 år. Derudover skal kommunen også tilbyde

et forebyggende hjemmebesøg til alle borgere, som bor alene, når de fylder 70 år for at opspore og forebygge ensomhed.⁵⁸ Endeligt er der også behovsbestemte besøg til borgere i alderen 65-81 år, som er i særlig risiko for nedsat social, psykisk eller fysisk funktionsevne.

Kommunerne kan vælge at undtage borgere, som modtager personlig pleje og praktisk hjælp efter servicelovens § 83, fra ordningen om forebyggende hjemmebesøg for i stedet at kunne målrette indsatsen mod de borgere, der har størst gavn af de forebyggende hjemmebesøg, og som kommunen ikke allerede er i hyppig kontakt med.⁵⁹ De forebyggende besøg bliver dermed oftest tilbudt til ældre borgere, som i høj grad klarer sig selv i hverdagen for at understøtte, at de kan forblive selvhjulpne. Med aftale om ny ældrelov er det aftalt, at de forebyggende hjemmebesøg vil blive erstattet af en pligt til en generel forebyggende indsats, som kan målrettes borgere, hvor forebyggelsespotentialet vurderes at være relevant, bl.a. i forbindelse med større livsændringer (ægtefælles død m.v.).

Snitflader for forebyggende hjemmebesøg

I figur 2.3 ses andelen af personer, der har modtaget forebyggende hjemmebesøg efter servicelovens § 79 a og i samme år også har modtaget enten sygepleje, udvalgte indsatser efter serviceloven og/eller været i kontakt med sygehusvæsenet.

26 pct. af borgerne, der modtog forebyggende hjemmebesøg, modtog også sygepleje, mens 21 pct. var visiteret til praktisk hjælp i hjemmeplejen, og kun syv pct. var visiteret til personlig pleje i hjemmeplejen. Det forholdsvis lille overlap for især personlig pleje skyldes sandsynligvis, at kommunerne ikke har pligt til at udføre forebyggende hjemmebesøg hos personer, som allerede modtager både personlig pleje og praktisk hjælp.

Andelen af borgere, der i løbet af samme år modtager forebyggende hjemmebesøg og andre kommunale indsatser efter sundheds- og serviceloven eller har kontakt med sygehuset, er lavere end for sygepleje og hjemmepleje. Det indikerer, at gruppen af borgere i højere grad er selvhjulpne, som også afspejler indsatsens nuværende målgruppe og formål. Ca. 95.000 borgere modtog i 2022 forebyggende hjemmebesøg.⁶⁰

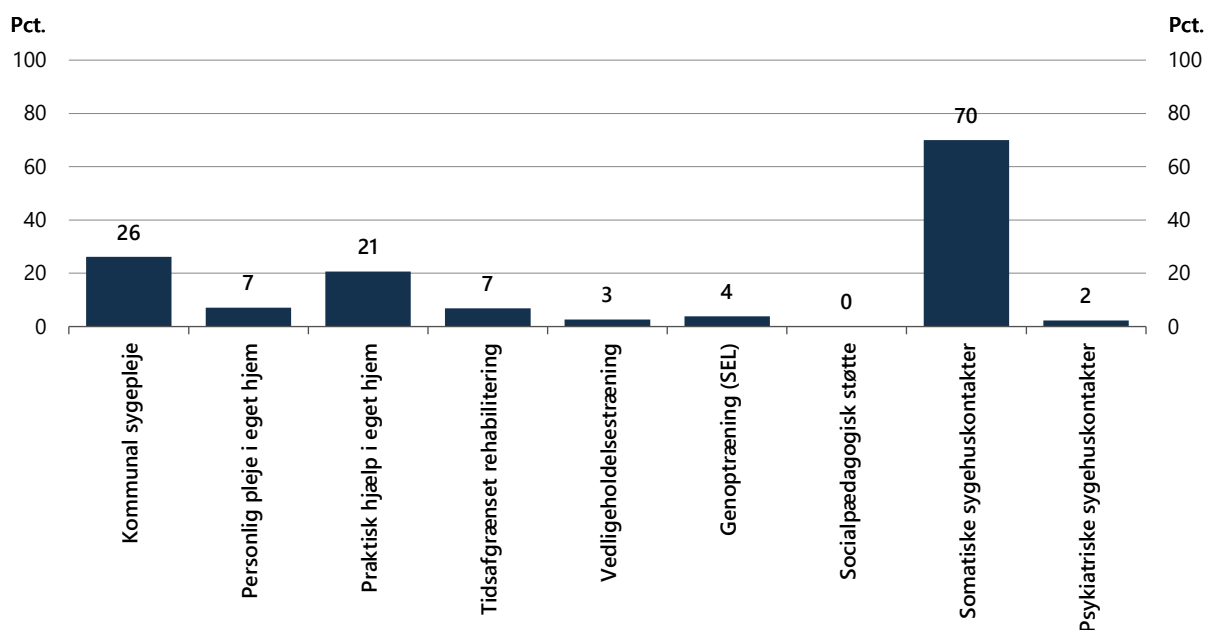
58 Ældreministeren, "Forslag til Lov om ændring af lov om social service (Målretning af de forebyggende hjemmebesøg)", Pub. L. No. L 148, 2018-19 (1. samling) (2019).

59 Socialministeren, "Forslag til Lov om ændring af lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre m.v. (Ændring af lovens målgruppe)", Pub. L. No. L 55, 2004-05 (1. samling) (2004).

60 Statistikbanken.dk, Danmarks Statistik, AED10A.

Figur 2.3

Andelen af personer, der får forebyggende hjemmebesøg efter servicelovens § 79 a, som samme år modtager kommunal sygepleje, udvalgte kommunale indsatser efter serviceloven eller har kontakt med det regionale sygehusvæsenet (pct.), 2019



Anm.: Grundlaget for opgørelsen af de kommunale indsatser er indberetninger fra kommunerne. Opgørelsen indeholder alle individer, der i Danmarks Statistiks registre står til at have modtaget indsatsen. Da kommunernes indberetninger ikke altid er fuldkomne, kan opgørelsen undervurdere størrelsen på snitfladerne. Indsatserne er ikke gensidigt udelukkende, samme person kan indgå i flere indsatskategorierne, hvis personen har modtaget flere typer af indsatser i løbet af 2019. For nogle kommuner er det svært at skelne mellem, om genoptræning er leveret efter sundhedsloven eller serviceloven, og derfor kan genoptræning være registreret forkert. Nogle kommuner indberetter rehabilitering som genoptræning eller hjemmepleje. Hjemmepleje vedrører modtagere visiteret til hjemmepleje. Socialpædagogisk støtte, som indgår i figuren, vedrører indsatser, som ikke leveres på botilbud eller i et botilbudslignende tilbud, men fx i borgerens eget hjem.

Kilde: Danmarks statistiks registre (AEFB, AEFV, AERH, AETR, HANDIC og Landspatientregisteret) og egne beregninger.

Vedligeholdende træning og genoptræning uden forudgående indlæggelse efter servicelovens § 86

Genoptræning efter serviceloven omfatter målrettet træning, som skal sikre, at borgeren opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne. Målgruppen kan fx være ældre borgere, der efter sygdom, som ikke er behandlet i sygehusregi, er midlertidig svækket. Tilbuddet om genoptræning kan f.eks. være relevant for en ældre borger, som er svækket efter længere tids sengeleje i hjemmet på grund af influenza eller efter et fald.⁶¹

Tilbud om vedligeholdelsestræning gives til personer, som har brug for en individuel træningsindsats for at kunne vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder og forudsættes koordineret med eventuelle genoptræningsindsatser.⁶²

Snitflader for genoptræning og vedligeholdelsestræning

I figur 2.4 ses andelen af personer, der har modtaget genoptræning eller vedligeholdelsestræning efter serviceloven og i samme år også har modtaget enten sygepleje, udvalgte indsatser efter serviceloven og/eller været i kontakt med sygehusvæsenet.

61 Indenrigs- og Sundhedsministeriet, "Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner Sundheds- og Ældreministeriet og Børne- og Socialministeriet", VEJ nr 9538 af 02/07/2018 (2018).

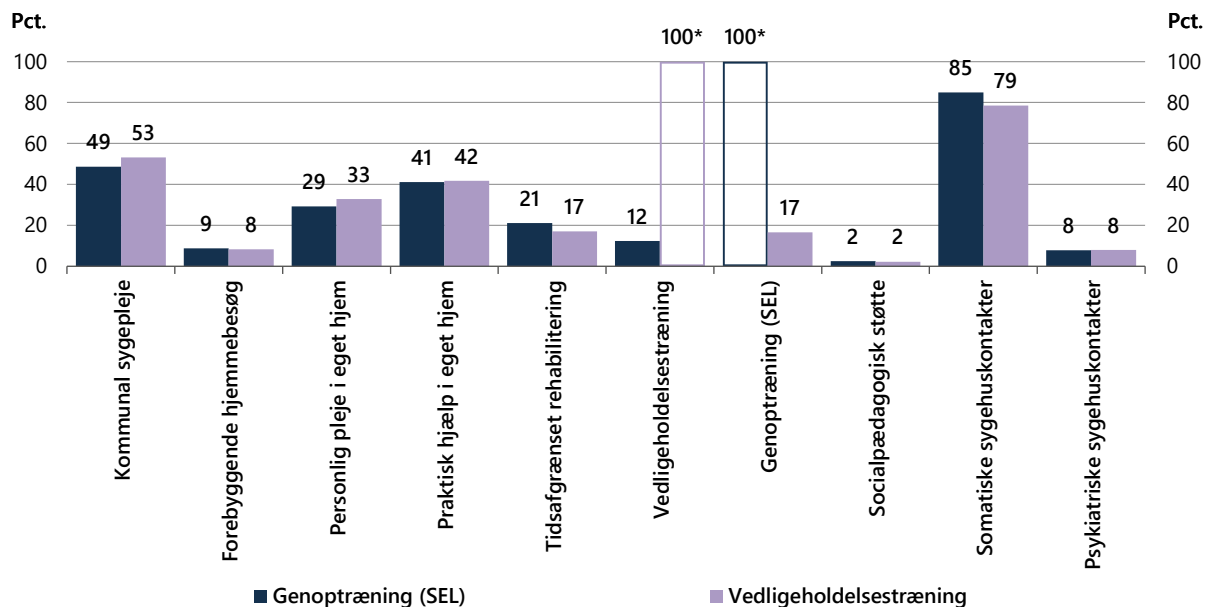
62 Indenrigs- og Sundhedsministeriet, "Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner Sundheds- og Ældreministeriet og Børne- og Socialministeriet", VEJ nr 9538 af 02/07/2018 (2018).

For både genoptræning og vedligeholdelsestræning efter serviceloven ses et stort overlap til både sygepleje og hjemmepleje. Fx modtog omkring halvdelen også sygepleje. Det tyder på, at en stor andel af de borgere, der har brug for hjælp til genoptræning, også har brug for hjælp i hjemmet. Det understøttes af, at 84 pct. af borgerne, der modtager trænings- og/eller rehabiliteringsydelser, er over 65 år.⁶³

I 2022 modtog ca. 12.000 borgere genoptræning uden forudgående indlæggelse, heraf var ca. 2.000 borgere under 65 år. I 2022 modtog ca. 13.000 borgere vedligeholdende træning, heraf var ca. 1.400 under 65 år. Yderligere ca. 1.000 modtog både genoptræning og vedligeholdelsestræning i 2022. Antallet af borgere er opgjort som et månedligt gennemsnit, mens det unikke antal personer, der har modtaget indsatserne i løbet af et år, vil være højere. For indsatser som genoptræning og vedligeholdelsestræning vil forskellen mellem et månedsgennemsnit og unikke personer sandsynligvis være stor som følge af, at indsatserne typisk har en midlertidig karakter, og mange personer derfor modtager indsatser af kortere varighed i løbet af et år.⁶⁴

Figur 2.4

Andelen af personer, der får enten genoptræning eller vedligeholdelsestræning efter serviceloven som samme år modtager sygepleje, udvalgte kommunale indsatser efter serviceloven eller har kontakt med det regionale sygehusvæsenet (pct.), 2019



Anm.: Grundlaget for opgørelsen af de kommunale indsatser er indberetninger fra kommunerne. Opgørelsen indeholder alle individer, der i Danmarks Statistiks registre står til at have modtaget indsatsen. Da kommunernes indberetninger ikke altid er fuldkomne, kan opgørelsen undervurdere størrelsen på snitfladerne. Indsatserne er ikke gensidigt udelukkende, samme person kan indgå i flere indsatsekategorierne, hvis personen har modtaget flere typer af indsatser i løbet af 2019. For nogle kommuner er det svært at skelne mellem, om genoptræning er leveret efter sundhedsloven eller serviceloven, og derfor kan genoptræning være registreret forkert. Nogle kommuner indberetter rehabilitering som genoptræning eller hjemmepleje. Hjemmepleje vedrører modtagere visiteret til hjemmepleje. Socialpædagogisk støtte, som indgår i figuren, vedrører indsatser, som ikke leveres på botilbud eller i et botilbudslignende tilbud, men fx i borgerens eget hjem.

Kilde: Danmarks statistiks registre (AEFB, AELH, AERH, AETR, HANDIC og Landspatientregisteret) og egne beregninger.

63 Statistikbanken.dk, Danmarks Statistik, AED08.

64 Statistikbanken.dk, Danmarks Statistik, AED08.

Hjælpe midler efter servicelovens § 112

Kommunerne skal efter serviceloven yde støtte til hjælpemidler, fx rollator eller kørestol, til personer med varig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne. Det er en betingelse for støtte, at hjælpemidlet i væsentlig grad kan afhjælpe de varige følger af den nedsatte funktionsevne, lette den daglige tilværelse i hjemmet eller er nødvendig for, at den pågældende kan udøve et erhverv.⁶⁵ Kommunen yder hjælp til anskaffelse af det bedst egnede og billigste hjælpemiddel. Kommunen kan også bestemme, at et hjælpemiddel skal leveres af en bestemt leverandør. Borgeren har samtidig, med visse undtagelser, ret til frit valg af leverandør af hjælpemidler. Borgeren kan herudover, mod betaling af prisdifferencen, vælge et dyrere hjælpemiddel end det, som er omfattet af kommunens bevilling.⁶⁶

Som et integreret led i sygehusbehandling skal regionen forsyne patienter med behandlingsredskaber, der er en naturlig og nærliggende del af behandlingsindsatsen, ligesom regionerne afholder udgifterne til de personaleressourcer, der er forbundet med behandlingsindsatsen. Det gælder, uanset om behandlingen foregår på sygehus eller er udlagt til hjemmet.

Det samme produkt kan være henholdsvis et hjælpemiddel og et behandlingsredskab, afhængig af konteksten det bruges og på baggrund af en vurdering af lidelsens karakter og omfang. Fx kan en kompressionsmaskine både betragtes som et hjælpemiddel for personer med varigt nedsat funktionsevne, hvor kompressionsmaskinen i væsentlig grad kan afhjælpe de varige følger af den nedsatte funktionsevne, eller i væsentlig grad kan lette den daglige tilværelse i hjemmet, eller er nødvendig for, at den pågældende kan udøve et erhverv. Omvendt kan en kompressionsmaskine ikke anses for at være et hjælpemiddel, hvis kompressionsmaskinen udelukkende skal bruges til at forhindre en forværring af funktionsevnen. I disse tilfælde kan det i stedet eventuelt være et behandlingsredskab.⁶⁷ Et produkt kan dermed både være et hjælpemiddel og et behandlingsredskab, afhængig af den sammenhæng apparaturet eller redskabet indgår i. Der kan dermed i nogle situationer opstå problemer i afgrænsningen mellem behandlingsredskaber og hjælpemidler og uklarhed om opgave- og finansieringsansvar på tværs af regioner og kommuner.

I 2018 havde ca. 288.000 personer ét eller flere hjælpemidler, der var bevilliget efter servicelovens § 112, og som var blevet udleveret via kommunernes hjælpemiddeldepoter, heraf var ca. tre fjerdedele af borgerne over 65 år.⁶⁸

Socialpædagogisk støtte efter servicelovens § 85

Kommunen skal tilbyde hjælp, omsorg eller støtte og optræning og hjælp til udvikling af færdigheder til personer, der har behov for det på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer. Socialpædagogisk bistand kan bestå af hjælp, rådgivning, støtte eller omsorg, så den pågældende kan leve et liv på egne præmisser. Socialpædagogisk bistand kan også bestå af oplæring i eller genoptræning af en række færdigheder, som sætter den pågældende i stand til at leve et så selvstændigt liv som muligt.⁶⁹

Servicelovens bestemmelser om socialpædagogisk støtte efter § 85 og personlig pleje og praktisk hjælp efter § 83 overlapper i en vis grad hinanden. Det gør, at det i nogle situationer kan være vanskeligt at afgøre, om borgeren skal bevilges personlig pleje og praktisk hjælp eller socialpædagogisk støtte. Hvis borgeren har brug for hjælp til praktiske opgaver og personlig pleje, og hjælperen skal være til stede under udførelsen, så skal hjælpen som udgangspunkt bevilges som praktisk hjælp og personlig pleje. Hjælpen bevilges fx som socialpædagogisk støtte, hvis støttebehovet hovedsageligt består i hjælp til at strukturere eller skemalægge udførelsen af almindelige dagligdags opgaver. Det kan for fx være rengøring i hjemmet, som borgeren

65 Social-, Bolig- og Ældreministeriet, "Vejledning om støtte til hjælpemidler og forbrugsgoder", VEJ nr 10324 af 14/12/2017 (2017).

66 Social-, Bolig- og Ældreministeriet, "Vejledning om støtte til hjælpemidler og forbrugsgoder", VEJ nr 10324 af 14/12/2017 (2017).

67 Social-, Bolig- og Ældreministeriet, "Ankestyrelsens principmeddelelse 424 om hjælpemidler - behandlingsredskaber - kompressionsmaskine - afhjælpning", KEN nr 9133 af 11/03/2024 (2024).

68 Social-, Bolig- og Ældreministeriet. "Socialpolitisk Redegørelse 2023". Social-, Bolig- og Ældreministeriet, 2024.

69 Social-, Bolig- og Ældreministeriet, "Vejledning om socialpædagogisk bistand, støtte- og kontaktpersoner, behandling og pasning af nærtstående efter reglerne i lov om social service", VEJ nr 9764 af 02/10/2023 (2023).

kan udføre selvstændigt uden at have behov for en hjælper i nærheden.⁷⁰ I modsætning til bestemmelserne om personlig pleje og praktisk hjælp giver bestemmelsen om socialpædagogisk støtte ikke mulighed for frit valg af leverandør.

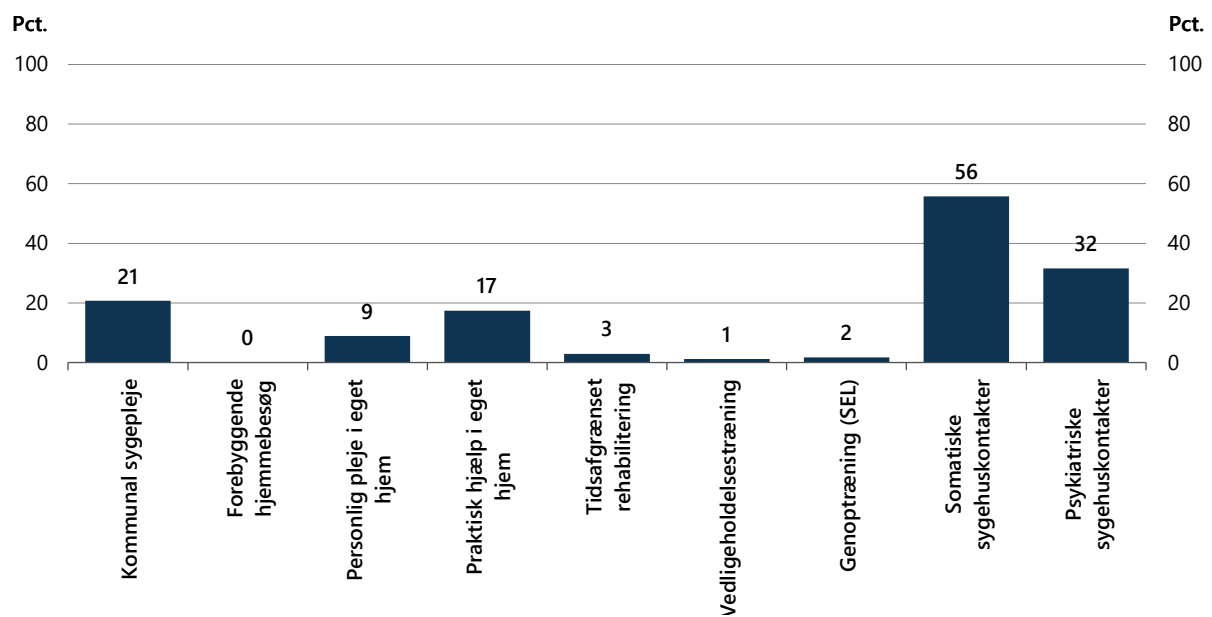
Snitflader for socialpædagogisk støtte

I figur 2.5 fremgår andelen af personer, der i samme år har modtaget socialpædagogisk støtte efter servicelovens § 85 og samtidig også har modtaget enten sygepleje, udvalgte indsatser efter serviceloven eller været i kontakt med sygehusvæsenet.

Det relativt lille overlap til hjemmepleje skyldes sandsynligvis, at de to indsatser i høj grad ligner hinanden, men har forskellige målgrupper. Samtidig er omkring hver tredje modtager af socialpædagogisk støtte i samme år også i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen i regionerne. Det afspejler, at socialpædagogisk støtte er en indsats under socialpsykiatrien. I 2022 modtog ca. 48.000 borgere socialpædagogisk støtte i hjemmet.⁷¹

Figur 2.5

Andelen af personer, der får socialpædagogisk støtte efter servicelovens § 85, som samme år modtager sygepleje, udvalgte kommunale indsatser efter serviceloven eller har kontakt med det regionale sygehusvæsenet (pct.), 2019



Anm.: Grundlaget for opgørelsen af de kommunale indsatser er indberetninger fra kommunerne. Opgørelsen indeholder alle individer, der er i Danmarks Statistiks registre står til at have modtaget indsatsen. Da kommunernes indberetninger ikke altid er fuldkomne, kan opgørelsen undervurdere størrelsen på snitfladerne. Indsatserne er ikke gensidigt udelukkende, samme person kan indgå i flere indsatsekategorierne, hvis personen har modtaget flere typer af indsatser i løbet af 2019. For nogle kommuner er det svært at skelne mellem, om genoptræning er leveret efter sundhedsloven eller serviceloven, og derfor kan genoptræning være registreret forkert. Nogle kommune indberetter rehabilitering som genoptræning eller hjemmepleje. Hjemmepleje vedrører modtagere visiteret til hjemmepleje. Socialpædagogisk støtte, som indgår i figuren, vedrører indsatser, som ikke leveres på botilbud eller i et botilbudslignende tilbud, men fx i borgerens eget hjem.

Kilde: Danmarks statistiks registre (AEFB, AEFV, AERH, AETR, HANDIC og Landspatientregisteret) og egne beregninger.

70 Mejer Hjelm, Cecilie. "Skal hjælpen bevilges som socialpædagogisk støtte eller personlig og praktisk hjælp?" Ankestyrelsen, 2020.

71 Social-, Bolig- og Ældreministeriet. "Socialpolitisk Redegørelse 2023". Social-, Bolig- og Ældreministeriet, 2024.

Borgerstyret Personlig Assistance (BPA) efter servicelovens § 96

Kommunerne skal tilbyde borgerstyret personlig assistance. Borgerstyret personlig assistance ydes som tilskud til dækning af udgifter ved ansættelse af hjælpere til pleje, overvågning og ledsagelse til borgere med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, der har et behov, som gør det nødvendigt at yde den særlige støtte. I 2022 modtog ca. 1.600 borgere borgerstyret personlig assistance.⁷²

Der eksisterer også en række andre kommunerne indsatser, som også har til formål at give hjælp for borgere med et omfattende hjælpebehov, fx kontant tilskud til ansættelse af hjælpere efter servicelovens § 95 og ledsageordning efter servicelovens § 97, som ikke beskrives nærmere i kapitel 2.

Kommunens ansvar for midlertidige pladser efter servicelovens § 84, stk. 2 og afløsning eller aflastning af pårørende efter servicelovens § 84, stk. 1

Der er både efter sundhedsloven og serviceloven mulighed for at tilbyde borgeren et ophold på en midlertidig plads, hvor indsatserne kan variere alt afhængig af borgerens behov. Midlertidige pladser dækker over en bred gruppe af pladstyper med forskellige formål, målgruppe m.v., og hvor kompleksiteten i indsatsen vil være meget varierende. Målgruppen er med andre ord meget heterogen, og det har betydning for, hvilke indsatser der er behov for.

Borgere med behov for et døgndækkende tilbud kan tilbydes ophold på en midlertidig plads i kommunerne efter serviceloven, hvis det ikke er muligt at varetage opgaverne hensigtsmæssigt i borgerens hjem, og der ikke er et sundhedsfagligt behov for indlæggelse, fx på et sygehus.

Kommunerne skal også tilbyde afløsning eller aflastning af ægtefælle, forældre eller andre nære pårørende til personer, der passer en person med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne. Aflastning gives udenfor hjemmet, fx på en midlertidig plads, mens afløsning gives i hjemmet. Afløsning i hjemmet kan bestå af hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet og personlig hjælp, pleje og omsorg.

I det omfang der er et sundhedsfagligt behov for et døgndækkende tilbud, kan borgeren dermed modtage den nødvendige sundhedsfaglige indsats, fx på midlertidige pladser. En borger med ophold på en midlertidig plads efter sundhedsloven kan være en ældre borger med behov for sundhedsindsatser efter udskrivelse fra et sygehus. Det kan fx være i regi af den kommunale sygepleje/akutfunktioner eller i forbindelse med genoptræning efter sundhedsloven. En midlertidig plads i regi af den kommunale sygepleje/akutfunktion kaldes en akutplads, som kan være på et kommunalt rehabiliteringscenter, et plejecenter eller lignende.

En undersøgelse fra 2023 estimerer, at der er omkring 3.800 midlertidige pladser, hvoraf hovedparten drives efter serviceloven, og ca. 200 pladser er akutpladser.⁷³

Kommunens ansvar for at tilbyde plejehjem eller plejebolig efter servicelovens § 192 a

Kommunen skal tilbyde ældre, der har særligt behov for en plads på et plejehjem, jf. § 192, eller for en almen plejebolig, jf. § 5, stk. 2, i lov om almene boliger, en sådan plads eller bolig. Det har ikke været muligt at etablere plejehjem efter serviceloven § 192 siden 1988, men de bestående plejehjem er en del af den kommunale boligforsyning. Til plejeboliger hører servicearealer for personer med behov for omfattende service og pleje efter serviceloven. Plejeboliger reguleres efter lov om almene boliger m.v.

Plejehjem og plejeboliger er for ældre, der har et særligt behov for pleje og omsorg. Der er personale tilknyttet i hele døgnet for både plejehjem og plejeboliger. Det er den enkelte kommune, der fastsætter kriterierne for visitationen til plejehjem og plejebolig.

Ældre borgere på plejehjem eller i plejebolig er i dag i gennemsnit ca. 83 år, og mere end tre ud af fire har en kronisk sygdom, knap halvdelen lider af demens, og hver tredje er multisyg.⁷⁴ I perioden 2009 til 2023 er der kommet over 30 pct. flere ældre over 80 år.⁷⁵ Antallet af beboere på plejehjem eller i plejebolig (+65 år)

72 Social-, Bolig- og Ældreministeriet. "Socialpolitisk Redegørelse 2023". Social-, Bolig- og Ældreministeriet, 2024.

73 Implement Consulting Group. "Den kommunale indsats", 2023.

74 Indenrigs- og Sundhedsministeriets benchmarkingenhed. 2024. Ældre med højest forbrug af sundheds- og plejeydelser.

75 Statistikdatabasen, Danmarks Statistik, BEFOLK1.

har i samme periode ligget relativt stabilt. Udviklingen på området har også medført, at kommunernes udgående sygepleje og hjemmepleje i stigende grad varetager komplekse sundhedsopgaver i plejen og behandlingen af ældre borgere i eget hjem.

Der eksisterer ud over plejehjem og plejeboliger også en række andre tilbud, som primært er målrettet ældre borgere. Kommunerne giver støtte til almene ældreboliger efter almenboligloven. Almene ældreboliger er indrettet til personer med nedsat fysisk og psykisk funktionsevne. Der er ikke tilknyttet personale til boligen som for plejeboliger efter almenboligloven, så borgeren skal være i stand til klare sig i hjemmet uden hjælp i det meste af døgnet.

Friplejeboliger er et privat alternativ til plejeboligerne inden for den kommunale boligforsyning. Friplejeboliger er private udlejningsboliger, hvor der er servicearealer for personer med behov for omfattende service og pleje efter serviceloven. Friplejeboligleverandører skal af Sundhedsstyrelsen certificeres til levering hjemmepleje, som i fornødent omfang kan varetages døgnet rundt efter servicelovens §§ 83 og 87. Certificeringen kan derudover også omfatte rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83 a og socialpædagogisk bistand efter servicelovens § 85.⁷⁶

Kommunen og en friplejeleverandør kan vælge at indgå aftale om anvisningsret til boligerne. Samtidig har borgere, der er visiteret til en plejebolig eller lignende boligform, også ret til at vælge en friplejebolig. Retten til at vælge en friplejebolig er dog betinget af, at friplejeboligleverandøren af Sundhedsstyrelsen er certificeret til at levere de tilbud, som borgeren er visiteret til.⁷⁷

Med aftale mellem regeringen og fem af Folketingets øvrige partier om ældrereform i april 2024 er det desuden aftalt, at kommunerne får mulighed for at oprette lokalplejehjem som en ny type plejehjem, og skabe bedre rammer for etablering af friplejehjem.

Der var 42.072 personer indskrevet i plejehjem, plejeboliger, beskyttede boliger og friplejehjem i 2022. Heraf var 37.435 indskrevet i plejeboliger, 2.476 indskrevet i plejehjem, 1.794 indskrevet i friplejeboliger og 367 indskrevet i beskyttede boliger. Ca. 93 pct. var personer på 67 år eller derover.⁷⁸

Kommunens ansvar for længerevarende og midlertidige botilbud efter servicelovens §§ 107 og 108

Kommunen skal tilbyde længerevarende botilbud efter servicelovens § 108 til personer med betydeligt og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, som har behov for omfattende hjælp til almindelige daglige funktioner eller pleje, omsorg eller behandling, og som ikke kan få dækket behovene på anden måde.⁷⁹

Kommunens forsyningspligt vedrørende botilbud efter servicelovens § 108 skal også ses i sammenhæng med tilbud efter almenboliglovens § 105, hvorefter kommunen drager omsorg for, at der i nødvendigt omfang tilvejebringes almene ældreboliger, der kan udlejes til ældre og til personer med handicap, som har et særligt behov for sådanne boliger.⁸⁰ Tilbud efter almenboliglovens § 105 omfatter også længerevarende botilbud til borgere, der har en varigt nedsat funktionsevne og permanent behov for omfattende hjælp.

Beboere i boliger efter almenboligloven er almindelige lejere, som skriver under på en lejekontrakt og betaler husleje i henhold til lejekontrakten. Beboere, der visiteres til boliger efter servicelovens § 108, er omfattet af de særlige og lempeligere betalingsregler for botilbud m.m.

En borger, som har behov for et længerevarende botilbud, har frit valg mellem botilbud efter serviceloven § 108 og almenboliglovens § 105, hvis betingelserne for frit valg er til stede, bl.a. at tilbuddet tilgodeser borgerens behov og ikke er væsentligt dyrere.⁸¹ Botilbud til midlertidigt ophold efter servicelovens § 107

76 Bekendtgørelse om certificering af friplejeboligleverandører nr 1169 af 30/09/2015

77 Social-, Bolig- og Ældreministeriet, "Bekendtgørelse af lov om friplejeboliger", LBK nr 1162 af 26/10/2017 (2017).

78 Statistikdatabasen.dk, Danmarks Statistik, tabel RSI01.

79 Social-, Bolig- og Ældreministeriet, "Vejledning om botilbud m.v. til voksne", VEJ nr 9766 af 03/10/2023 (2023).

80 Social-, Bolig- og Ældreministeriet, "Vejledning om botilbud m.v. til voksne", VEJ nr 9766 af 03/10/2023 (2023).

81 Social-, Bolig- og Ældreministeriet, "Vejledning om botilbud m.v. til voksne", VEJ nr 9766 af 03/10/2023 (2023).

adskiller sig fra længerevarende botilbud efter servicelovens § 108 og fra almene ældre- og handicapboliger efter almenboliglovens § 105 ved, at det ved visitationen af en borger til et midlertidigt botilbud vurderes, at borgerens behov for et botilbud ikke er varigt, men fx har til formål at sikre rammen om en behandlingsmæssig indsats.⁸²

I 2022 havde ca. 5.600 borgere ophold i et længerevarende botilbud efter servicelovens § 108, mens ca. 8.400 borgere havde ophold i et midlertidigt botilbud.⁸³

Der er også andre boformer på socialområdet, fx botilbudslignende tilbud omfattet af § 4, stk. 1, nr. 3, i lov om socialtilsyn. Botilbudslignende tilbud er tilbud i form af hjælp og støtte efter §§ 83-87, 97, 98 og 102 i serviceloven, som leveres i andre boligformer end tilbud efter serviceloven. Disse tilbud skrives ikke nærmere i kapitel 2.

Økonomi, Kapacitet og styring

I det følgende afsnit beskrives den kommunale økonomi og de styringsmæssige forhold og incitamenter, som knytter sig hertil. Herudover beskrives omfanget af kapaciteten i sektoren i forhold til økonomi og antal medarbejdere og den geografiske spredning i forhold til medarbejdere. For flere medarbejdergrupper, såsom sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, er der sket en samlet stigning i antallet af ansatte i kommunerne, mens der også er væsentlige geografiske forskelle mellem kommunerne.

Kommunernes finansiering

Kommunernes indtægter udgøres hovedsageligt af skatter og det generelle bloktilskud, hvoraf skatteindtægterne finansierer størstedelen af de kommunale udgifter. Kommunerne har selvstændig skatteudskrivningsret og opkræver indkomstskat og ejendomsskat. Kommunerne beholder desuden en del af det samlede provenu fra selskabsskat, og den enkelte kommune kan vælge at opkræve en dækningsafgift på offentlige ejendomme og private forretningsejendomme beliggende i kommunen.

Hvert år fastsættes det kommunale bloktilskud, så kommunernes samlede udgifter er finansieret. Her tages der samlet set højde for udviklingen i kommunernes skattegrundlag og gennem en budgetgarantiordning for udviklingen i udgifter til overførsler. Det betyder bl.a., isoleret set, at højere skatteindtægter fører til et lavere bloktilskud og omvendt, så fx konjunkturafhængige udsving i kommunernes indtægtsgrundlag imødegås.

Bloktilskud og skatteindtægter er generel finansiering til prioritering på tværs af de kommunale opgaver. Det vil sige, at de enkelte opgaver ikke er finansieret ved øremærkede midler til bestemte udgifter. Den generelle udgiftsramme og finansiering skal understøtte kommunernes samlede prioritering og skabe et incitament til en omkostningseffektiv opgaveløsning. Modellen med generel finansiering er således med til at understøtte, at kommunernes opgaver prioriteres og løses i sammenhæng. Der er dog fortsat en række kommunale udgifter med delvis statslig refusion. På socialområdet får kommunerne fx delvis refusion af deres udgifter til ophold på herberg og forsorgshjem. Refusionen bortfalder dog, hvis borgeren har haft ophold længe, som skal give kommunerne incitament til at hjælpe borgeren i egen bolig. På beskæftigelsesområdet er der en delvis refusion af kommunernes udgifter på overførselsområdet, som følger en aftagende "refusionstrappe" afhængigt af, hvor længe en borger er uden beskæftigelse.

I 2022 bestod kommunernes indtægter af ca. 58 pct. indkomstskat og øvrige skatter på visse indkomster, ca. 26 pct. bloktilskud, ca. 7 pct. ejendomsskat, ca. 7 pct. statsrefusion og ca. 2 pct. selskabsskat.

82 Social-, Bolig- og Ældreministeriet, "Vejledning om botilbud m.v. til voksne", VEJ nr 9766 af 03/10/2023 (2023).

83 Social-, Bolig- og Ældreministeriet, "Socialpolitisk Redegørelse 2023". Social-, Bolig- og Ældreministeriet, 2024.

Bloktilskud og udligning

Bloktilskuddet fordeles mellem landets kommuner efter indbyggertal. For at udjævne kommunernes vilkår for opgaveløsningen er kommunerne omfattet af en generel udligning og en række mindre, særlige ordninger. Det generelle kommunale udligningssystem indebærer, at der sker en væsentlig omfordeling mellem kommunerne. Det sker under hensyntagen til både forskelle i skattegrundlag og udgiftsbehov som følge af befolknings sammensætning. Her tages højde for kommunale forskelle i befolkningens alderssammensætning såvel som i socioøkonomiske og strukturelle forhold. Forholdene har dermed betydning bredt set for kommunernes opgaveløsning.

Kommuner med et forholdsvist højt beregnet udgiftsbehov og/eller lavt beskatningsgrundlag får tilført ekstra midler fra andre kommuner, mens kommuner med et forholdsvist lavt beregnet udgiftsbehov og/eller højt beskatningsgrundlag bidrager med midler til øvrige kommuner. Det generelle udligningssystem kan ikke afspejle alle særlige vilkår i kommunerne. Derfor er der også en række særlige udlignings- og tilskudsordninger. Fx findes en udligning om udlændingeområdet, ø- og færgetilskud og en pulje til særtilskud til de mest vanskeligt stillede kommuner. Særtilskudspuljen fordeles efter ansøgning og derigennem kan mere specifikt tages højde for aktuelle udfordringer i særligt vanskeligt stillede kommuner.

Budgetgarantien

Den kommunale budgetgaranti og den særlige forsikringsordning på beskæftigelsesområdet bidrager begge til at skærme kommunerne for konjunkturmæssige udsving i udgifterne. Budgetgarantien indebærer, at en række kommunale nettoudgifter på overførselsområdet kompenseres under ét gennem den kommunale budgetgaranti. Det omfatter, at der ved fastsættelsen af det statslige bloktilskud til kommunerne tages eksplicit højde for udviklingen i de budgetgaranterede udgifter.

Den særlige forsikringsordning på beskæftigelsesområdet har til formål at imødegå større udsving i udgifter til forsikrede ledige, fx i forbindelse med virksomhedslukninger eller større lokale afskedigelser. Gennem ordningen ydes der et tilskud for den del af kommunens bruttoledighed for forsikrede ledige, der ligger mere end tre procentpoint over ledighedsudviklingen i landsdelen som helhed.

Kommunal medfinansiering af sundhedsområdet

Der blev i forbindelse med kommunalreformen fra 2007 indført en kommunal medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen (KMF). Ordningen er siden ændret flere gange med det formål at skærpe og målrette kommunernes incitamenter til forebyggelse. Kommunernes bidrag udgør i 2024 omkring 25,1 mia. kr., men fordelingen har været fastlåst siden 2019 for at give kommunerne større budgetsikkerhed som følge af en række udfordringer, bl.a. i forhold til datagrundlaget. Efter fastlåsningen har ordningen stor økonomisk betydning uden at have de tilsigtede incitamentsvirkninger for kommunerne.

Kommunerne medfinansierer derudover fællesoffentlige digitale løsninger, både på sundhedsområdet og i regi af Digitaliseringsstyrelsen.

Rammestyring og kommunal økonomistyring

I dag har kommunerne hovedansvaret for store dele af de borgerrettede sundheds- og serviceindsatser, og det er et centralt element ved det kommunale selvstyre, at det er op til den enkelte kommunalbestyrelse at prioritere økonomien efter lokale forhold og behov – og under hensyn til de samlede økonomiske rammer. Udgiftsrammerne for den kommunale økonomi aftales mellem regeringen og KL i de årlige økonomiaftaler. Her fastlægges udgiftsrammerne for henholdsvis service og anlæg, rammen for skatteudskrivning og størrelsen af statens bloktilskud til kommuner. Det skal sikre, at kommunerne har fuld finansiering til at afholde de aftalte udgifter. Det såkaldte budgetsamarbejde mellem stat og kommune er et centralt element i styringen af kommunerne.

Udgiftsrammerne er generelle og kollektive. Det vil sige, at de gælder for alle kommunale serviceudgifter under ét og gælder for kommunerne under ét. Det er dermed op til kommunerne i fællesskab at koordinere udgiftsrammen. Det er følgelig op til den enkelte kommune at budgettere med og realisere en økonomi, der er i overensstemmelse med kommunernes samlede, koordinerede fordeling af de aftalte udgiftsrammer – og herunder prioritere udgifter efter lokale forhold og behov.

For at understøtte budgetsamarbejdet og troværdigheden om de årlige økonomiaftaler er der siden kommunalreformen i 2007 sket en række ændringer i udgiftsstyringen af kommunerne. Generelt er styringen af kommunerne skærpet med budgetloven, som i praksis fik virkning fra finansåret 2014.⁸⁴ Det indebærer, at Folketinget fastsætter en øvre grænse for de kommunale udgifter til service. Udgiftslofterne er etårige, men fastsættes for en rullende fireårige periode. For at understøtte kommunernes aftaleoverholdelse gælder sanktionsregler, der indebærer, at en del af bloktilskuddet på op til 3 mia. kr. er betinget af aftaleoverholdelse. Desuden vil der ske en "krone-til-krone" modregulering af bloktilskuddet, hvis kommunernes regnskaber for service under ét udviser et højere niveau end budgetteret. Modregningen er delvis individuel, delvis kollektiv. På tilsvarende vis er der en sanktionsmekanisme for kommunernes skattefastsættelse, der som udgangspunkt udløses, hvis den samlede kommunale skat stiger. Flere af "sanktionsreglerne" er blevet indført gradvist over årene før budgetloven, men blev yderligere skærpet i forbindelse med budgetloven.

Udgifter til sundhedsområdet og udvalgte nærliggende områder i kommunerne

Kommunerne har opgave- og finansieringsansvaret for det kommunale sundheds-, ældre- og socialområdet, hvor udvalgte indsatser til primært ældre efter serviceloven og udvalgte sociale indsatser efter serviceloven opgøres som nærliggende til sundhedsområdet i kapitlet her.

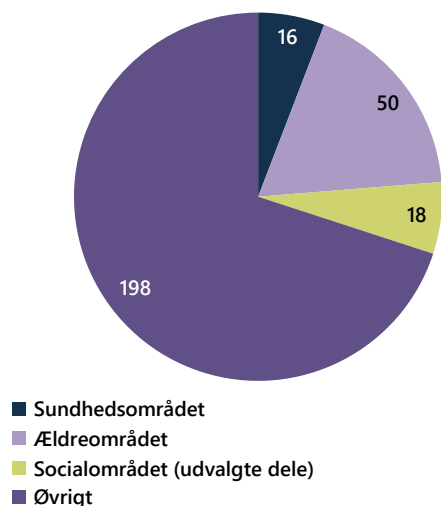
Sundhedsområdet, som her opgøres som alle indsatser under sundhedsloven, bl.a. kommunal sygepleje og misbrugsområdet, udgør 16,5 mia. kr. i 2022 (eksklusive KMF). Det svarer til en mindre andel af kommunernes samlede serviceudgifter på 5,8 pct. Ældreområdet, som her omfatter udvalgte indsatser efter serviceloven og uden sygepleje efter sundhedsloven, udgør 50,5 mia. kr., svarende til 17,9 pct. af kommunernes samlede serviceudgifter. De udvalgte sociale indsatser, som opgøres her, udgør 17,8 mia. kr., svarende til 6,3 pct. af de samlede serviceudgifter. Kommunen har derved samlet udgifter på 85 mia. kr. til sundhedsområdet og de udvalgte nærliggende områder, svarende til 30,0 pct. af kommunernes samlede serviceudgifter jf. figur 2.6.

Sundhedsområdet og de udvalgte nærliggende områder kan yderligere opdeles i en række konkrete indsatser, som gives i kommunen, som fremgår af figur 2.7. Selvom tallene kan give et overblik over størrelsesordenen på de forskellige indsatsområder, er der væsentlig usikkerhed forbundet med tallene. Specifikt kan de afhænge af kommunernes konteringspraksis, hvor indsatsområder med tæt relation kan vikles sammen. Et eksempel er sundhedsfremme og forebyggelse, hvor udgifter pr. indbygger varierer fra knap 600 kr. pr. indbygger i den kommune med flest udgifter pr. indbygger til under 50 kr. pr. indbygger i de kommuner med færrest udgifter pr. indbygger. En del af variationen kan fx skyldes organisatoriske forhold, som fx hvordan kommunerne har indrettet deres forebyggelsesindsats, og derfor også hvor udgifterne konteres.⁸⁵

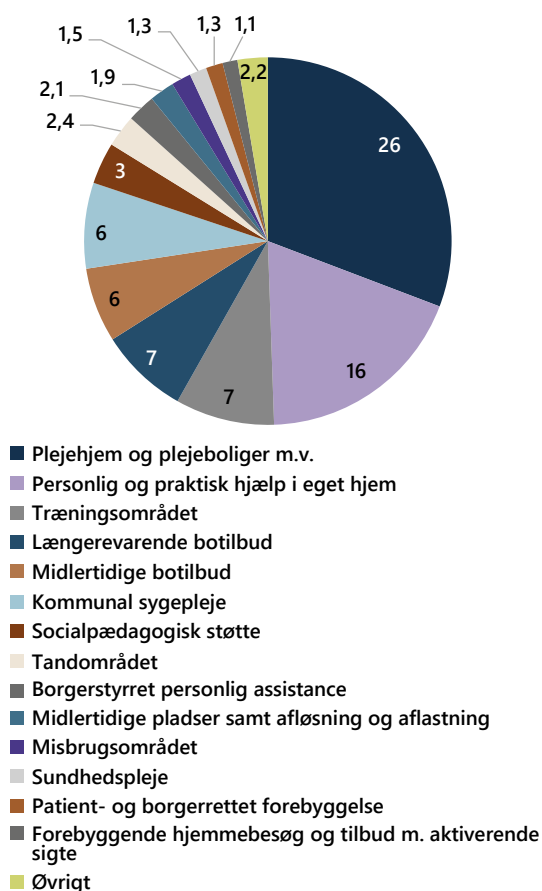
84 Finansministeriet, "Budgetlov", LOV nr 547 af 18/06/2012 (2012).

85 KL, "Store forskelle imellem kommunernes forbrug på genoptræning og forebyggelse", KL, 2023.

Figur 2.6
Det kommunale sundhedsområde og udvalgte nærliggende områder ud af kommunens samlede servicedriftsudgifter (mia. kr.), 2022



Figur 2.7
Udgifter til det kommunale sundhedsområde og udvalgte nærliggende områder fordelt på indsatser (mia. kr.), 2022



Anm.: Udgifterne opgøres som de samlede servicedriftsudgifter (dranst 1) opgjort i pl-22, og er derved eksklusive KMF, centrale refusionsordninger og overførelser på beskæftigelsesområdet. Opgørelsen medtager ikke statsrefusioner (dranst 2), da det er opgavestørrelsen, som skal belyses. Sundhedsområdet i figur 2.6 opgøres som hovedkonto 4 *Sundhedsområdet* eksklusive den del af funktion 4.62.84 *Genoptræning og vedligeholdelsestræning*, som er under serviceloven (SEL § 86), men inklusive funktion 5.30.28 *Hjemmesygepleje* (SUL §§ 138 og 139), funktion 5.38.44 *Alkoholbehandling og behandlingshjem for personer med alkoholmisbrug* (SUL § 141) og funktion 5.38.45 *Behandling af personer med stofmisbrug* (SUL § 142 og SEL §§ 101 og 101 a). Sundhedsområdet omfatter derved den kommunale sygepleje, tandområdet, misbrugsområdet, sundhedsplejen, patient- og borgerrettet forebyggelse samt den del af træningsområdet, som er under sundhedsloven. Den del af misbrugsområdet, der er under serviceloven, kan ikke udskilles fra sundhedsområdet. Ældreområdet opgøres som hovedfunktion 5.30 *Tilbud til ældre* eksklusive funktion 5.30.28 *Hjemmesygepleje*, inklusive den del af funktion 4.62.82 *Genoptræning og vedligeholdelsestræning*, der er under serviceloven (SEL § 86), funktion 5.38.38 *Personlig og praktisk hjælp og madservice til personer med handicap m.v. omfattet af frit valg af leverandør samt rehabiliteringsforløb* og den del af funktion 5.38.41 *Hjælpe midler, forbrugsgoder, boligindretning og befordringer til personer med handicap*, der omhandler hjælpemidler (SEL § 112). Ældreområdet omfatter derved plejehjem og plejeboliger m.v., personlig og praktisk hjælp i eget hjem, den del af træningsområdet, som er under serviceloven (hvilket omfatter genoptræning og vedligeholdelsestræning under SEL § 86 samt hjælpemidler under SEL § 112), midlertidige pladser samt afløsning og aflastning og forebyggende hjemmebesøg og tilbud m. aktiverende sigte i figur 2.7. Den udvalgte del af socialområdet opgøres som funktion 5.38.50 *Botilbud til længerevarende ophold*, funktion 5.58.52 *Botilbud til midlertidigt ophold* samt den del af funktion 5.38.39 *Personlig støtte og pasning af personer med handicap m.v.*, der omhandler borgerstyret personlig assistance og socialpædagogisk støtte (SEL §§ 96 og 85). Den udvalgte del af socialområdet omfatter derved midlertidige- og længerevarende botilbud, socialpædagogisk støtte og borgerstyret personlig assistance. I figur 2.7 opgøres plejehjem og plejeboliger m.v. som funktion 5.30.27. Plejehjem og plejeboliger m.v. omfatter bl.a. udgifter til personlig og praktisk hjælp m.v. givet på plejehjem, plejeboliger, friplejeboliger og beskyttede boliger. Personlig og praktisk hjælp i eget hjem opgøres som funktion 5.30.26 og 5.38.38. Personlig og praktisk hjælp i eget hjem omfatter også udgifter til madservice og rehabilitering (SEL §§ 83 stk. 3 og 83 a) og dækker både indsatser til personer over og under 67 år. Træningsområdet opgøres som funktion 4.62.82 (genoptræning og vedligeholdelsestræning under SUL § 140 og SEL § 86), funktion 4.62.84 (vederlagsfri fysioterapi under SUL §§ 140 a og 140 b) og grp. 2, 3, 5, 6, 7 samt dele af grp. 12 og 999 under funktion 5.30.31 (hjælpe midler til ældre under SEL § 112) og 5.38.41 (hjælpe midler til personer med handicap under SEL § 112). 58 pct. af udgifterne til træningsområdet (inklusive hjælpemidler) er under serviceloven. Længerevarende botilbud opgøres som funktion 5.38.50. Midlertidige botilbud opgøres som funktion 5.38.52. Længerevarende botilbud og midlertidige botilbud omfatter personlig og praktisk hjælp m.v. og sygepleje givet på botilbuddene. Kommunal sygepleje opgøres som funktion 5.30.28. Kommunal sygepleje omfatter alt kommunal sygepleje udover sygepleje udført i forbindelse med botilbud (SEL §§ 107-110), boformer (socialtilsynsloven § 4, stk. 1, nr. 3) og stofmisbrugsbehandling (SEL § 101 og SUL § 142). Socialpædagogisk støtte opgøres som grp. 3, 4, 5 og dele af gruppering 200 og 999 under funktion 5.38.39, og omfatter socialpædagogisk støtte i eget hjem. Tandområdet opgøres som funktion 4.62.85. Borgerstyret personlig assistance opgøres som grp. 2 og dele af gruppering 200 og 999 under funktion 5.38.39. Midlertidige pladser og afløsning opgøres som grp. 3 og 93 samt dele af grp. 200 og 999 under funktion 5.30.29. Misbrugsområdet opgøres som funktion 4.38.44 og 5.38.45. Sundhedsplejen opgøres som funktion 4.62.89. Patient- og borgerrettet forebyggelse opgøres som funktion 4.62.88.

Kilde: Statistikbanken, Danmarks statistik, REGKC.

For indsatser efter sundhedsloven er sygepleje den største udgiftspost. Kommunerne anvendte 6,4 mia. kr. på den sygepleje efter sundhedslovens §§ 138 og 139 i 2022. Det inkluderer bl.a. udgifterne til akutfunktionerne, herunder akutteam og sygepleje givet på akutpladser, og kommunal sygepleje, som gives i forbindelse med ophold på plejehjem, plejeboliger, friplejeboliger, beskyttede boliger og midlertidige pladser samt til personer i eget hjem. Udgifterne inkluderer dog ikke kommunal sygepleje, der gives i forbindelse med botilbud og behandling af stofmisbrug, som det ikke er muligt at opgøre separat.

Kommunerne havde udgifter på 2,4 mia. kr. til tandområdet i 2022. Heraf benyttes 2,0 mia. kr. på børne og ungdomstandpleje og 0,2 mia. kr. på omsorgs- og specialtandplejen. Kommunerne havde udgifter på 1,5 mia. kr. til misbrugsområdet i 2022. Heraf blev der anvendt 0,5 mia. kr. til behandling af alkoholmisbrug efter servicelovens § 141, 1,0 mia. kr. til social behandling af mennesker med stofmisbrug efter servicelovens § 101 og lægelig stofmisbrugsbehandling efter sundhedslovens § 142 og 0,01 mia. kr. til anonymt ambulant behandlingstilbud til personer med stofmisbrug efter servicelovens § 101 a. Derudover havde kommunerne i 2022 udgifter på 1,3 mia. kr. til sundhedsplejen og 1,3 mia. kr. til patient- og borgerrettet forebyggelse.

For indsatser i serviceloven til primært ældre er det største indsatsområde plejehjem og plejeboliger m.v., hvor kommunerne anvendte 26,1 mia. kr. i 2022. Størstedelen af udgifterne, svarende til 25,1 mia. kr., finansierede personlig pleje og praktisk hjælp og madservice efter servicelovens § 83, rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83a og socialpædagogisk støtte efter servicelovens § 85 givet i plejehjem, plejeboliger og beskyttede boliger samt udgifter til personlig pleje og praktisk hjælp og madservice efter servicelovens § 83 givet i friplejeboliger. Hertil kommer udgifter på 0,9 mia. kr. til selve boligdelen af plejehjem og 0,11 mia. kr. til socialpædagogisk bistand efter servicelovens § 85, genoptræning efter servicelovens § 86, ledsagelse under servicelovens §§ 97 og 98 og behandlingsmæssige tilbud under servicelovens § 102 m.v. givet i forbindelse med friplejeboliger.

Kommunernes udgifter til personlig pleje og praktisk hjælp givet i eget hjem, som også inkluderer udgifter til madservice og rehabilitering givet i eget hjem, var på 15,8 mia. kr. i 2022. Heraf blev 12,8 mia. kr. anvendt til personer på 67 år og derover, mens de resterende 3,0 mia. kr. vedrørte personer under 67 år. Det er omkring 14 pct. af kommunens udgifter til personlig pleje og praktisk hjælp, der går til private leverandører.

Kommunernes udgifter til midlertidige pladser og aflastning og afløsning af pårørende var 1,9 mia. kr. i 2022, som inkluderer udgifter til personlig pleje og praktisk hjælp og madservice givet i forbindelse med aflastningsopholdet eller aflastning i eget hjem. Der er dog en formodning om, at udgifterne til midlertidige pladser undervurderes, da flere kommuner konterer midlertidige pladser forkert.⁸⁶ Specifikt formodes det, at nogle udgifter til midlertidige pladser registreres som udgifter til plejehjem og plejeboliger.

For kommunernes udvalgte sociale indsatser efter serviceloven er udgifter til længerevarende botilbud den største udgiftspost. Kommunernes udgifter til længerevarende botilbud efter servicelovens § 108 var på 6,6 mia. kr. i 2022, som inkluderer udgifter til personlig pleje og praktisk hjælp og madservice efter servicelovens § 83, rehabilitering efter servicelovens § 83a, genoptræning efter servicelovens § 86, socialpædagogisk støtte efter servicelovens § 85, behandlingstilbud efter servicelovens § 102 og sygepleje efter sundhedslovens §§ 138 udført i forbindelse med botilbuddet.

Kommunernes havde udgifter til midlertidige botilbud på 5,6 mia. kr., som også inkluderer udgifter til personlig pleje og praktisk hjælp og madservice efter servicelovens § 83, rehabilitering efter servicelovens § 83a, genoptræning under servicelovens § 86, socialpædagogisk støtte efter servicelovens § 85, behandlingstilbud efter servicelovens § 102 og sygepleje efter servicelovens §§ 138 udført ifm. det midlertidige botilbud.

Kommunernes samlede udgifter på træningsområdet, forstået som vedligeholdende træning og genoptræning efter serviceloven § 86, genoptræning efter udskrivelse efter sundhedslovens § 140, vederlagsfri lægehenvist fysioterapi efter sundhedslovens § 140 a og b samt hjælpemidler efter servicelovens § 112, var 7,4 mia. kr. i 2022. Heraf anvendte kommunerne 1,9 mia. kr. til genoptræning efter udskrivelse fra sygehus efter sundhedslovens § 140 og fysioterapi udført i kommunalt regi efter sundhedslovens § 140 a, 1,2 mia. kr.

86 Indenrigs- og Boligministeriets Benchmarkingenhed, "Kommunal sygepleje til ældre", 2022.

blev anvendt på vederlagsfri fysioterapi udført hos private efter sundhedslovens § 140 a og 140 b, mens 1,0 mia. kr. blev anvendt på genoptræning uden foregående indlæggelse og vedligeholdelsestræning under servicelovens § 86. Opgørelsen inkluderer ikke udgifter til genoptræning og vedligeholdelsestræning efter servicelovens § 86 udført i forbindelse med ophold i boformer efter servicelovens §§ 107-110 (botilbud), ophold i friplejeboliger og vedligeholdelsestræning til børn efter servicelovens § 44. Opgørelsen inkluderer samtidig udgifter til personbefordringer givet i forbindelse med både sundhedslovens §§ 140 og servicelovens § 86. De sidste 3,3 mia. kr. blev anvendt på hjælpemidler efter servicelovens § 112. Heraf vedrørte 2,0 mia. kr. hjælpemidler til personer på 67 år og derover.

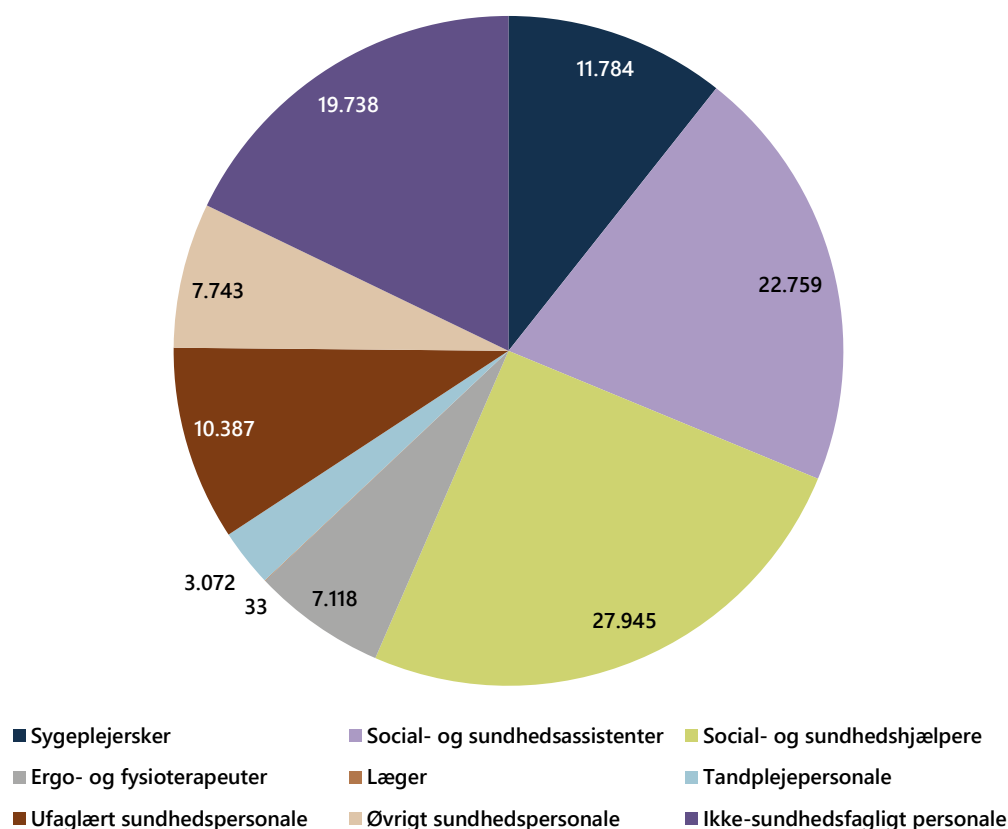
Kapacitet på sundhedsområdet og udvalgte nærliggende områder

Opgaveløsningen på det kommunale sundhedsområde og de udvalgte nærliggende områder, varetages af ca. 110.000 personer, opgjort som fuldtidspersoner, som fremgår af figur 2.8.

De største faggrupper er social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere, som står for henholdsvis 21 og 25 pct. af personalet på områderne, og opgøres til henholdsvis ca. 23.000 og 28.000 fuldtidspersoner. Herefter kommer sygeplejerskerne, som udgør 11 pct. af personalet, og ufaglært sundhedspersonale, som udgør 9 pct. af personalet. Faggrupperne tæller henholdsvis ca. 12.000 og 10.500 ansatte fuldtidspersoner. Ikke-sundhedsfagligt personale udgør også en væsentlig andel af personalet (18 pct.) og tæller ca. 20.000 fuldtidspersoner. Den gruppe omfatter flere forskellige faggrupper, som bl.a. inkluderer socialpædagoger (ca. 5.000 personer), omsorgs- og pædagogmedhjælpere (ca. 2.000 personer) og administrativt personale, akademikere og ledere (ca. 4.000 personer). En stor del af denne medarbejdergruppe er ansat på botilbud. Eftersom en stor del af personalet i kommunerne er ansat på deltid, vil det faktiske antal ansatte sundhedspersoner i kommunerne være højere. Det gælder fx i høj grad for social- og sundhedsmedarbejdere.⁸⁷

87 Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed, "Arbejdstid blandt social- og sundhedspersonalet på det kommunale ældreområde", 2020.

Figur 2.8

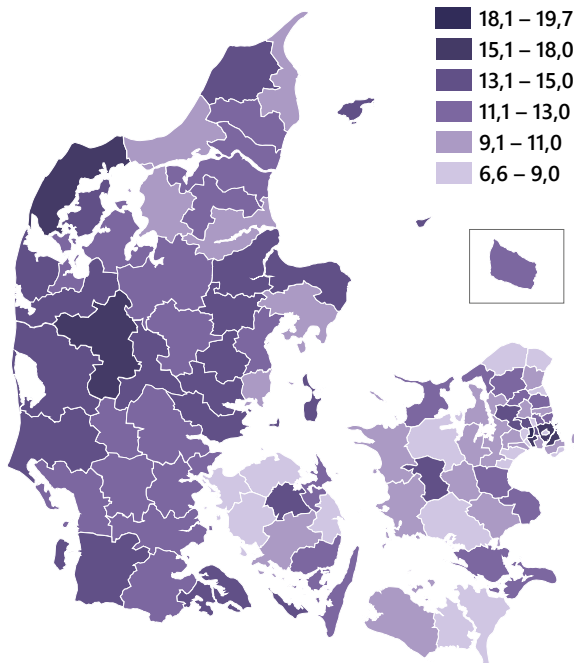
Fuldtidspersoner ansat på det kommunale sundhedsområde og udvalgte nærliggende områder, 2023

Anm.: Opgørelsen baseres på fuldtidspersoner pr. september 2023. Opgørelsen er ekskl. elever, fleksjob og ekstraordinært ansatte. En person indregnes, hvor personen har sin primære opgave. Sygeplejersker inkluderer ledende sygeplejersker. Ergo- og fysioterapeuter inkluderer ledende ergo- og fysioterapeuter og kliniske undervisere. Tandplejepersonale inkluderer tandlæger, tandklinikassistenter og tandplejere. Læger omfatter kommunallæge og underordnede læger (reservelæger). Ufaglært sundhedspersonale opgøres på baggrund af stillingsbetegnelsen "social- og sundhedspersonale, ikke-udd." og dækker over ufaglærte, som varetager social- og sundhedsfaglige opgaver. Øvrigt sundhedspersonale omfatter de resterende stillingsbetegnelser under stillingskategorierne "social og sundhedspersonale, basis KL", "syge- og sundhedspersonale, bases KL", "syge- og sundhedspersonale, ledere KL" samt stillingsbetegnelserne "jordemødre" og "ledende jordemødre". Øvrigt sundhedspersonale omfatter derved sundhedsplejersker, plejere, hjemmehjælpere, beskæftigelsesvejledere, sygehjælpere, jordemødre osv. Ikke-sundhedsfagligt personale omfatter alle andre stillingskategorier. Sundhedsområdet og udvalgte nærliggende områder afgrænses til hovedkonto 4 Sundhedsområdet, hovedfunktion 5.30 Tilbud til ældre samt funktion 5.38.38 Personlig og praktisk hjælp og madservice til personer med handicap m.v. omfattet af frit valg af leverandør samt rehabiliteringsforløb, funktion 5.38.41 Hjælpe midler, forbrugsgoder, boligindretning og befordringer til personer med handicap, funktion 5.38.50 Botilbud til længerevarende ophold, funktion 5.58.52 Botilbud til midlertidigt ophold og funktion 5.38.39 Personlig støtte og pasning af personer med handicap m.v. På grund af afgrænsningsmulighederne indeholder opgørelsen også personale, der beskæftiger sig med forbrugsgoder, boligindretning og befordringer (SEL §§ 113, 114, 116 og 117) samt enkelte yderligere behandlingstilbud og tilbud om hjælp og støtte på socialområdet (SEL §§ 102 og 82 a-c).

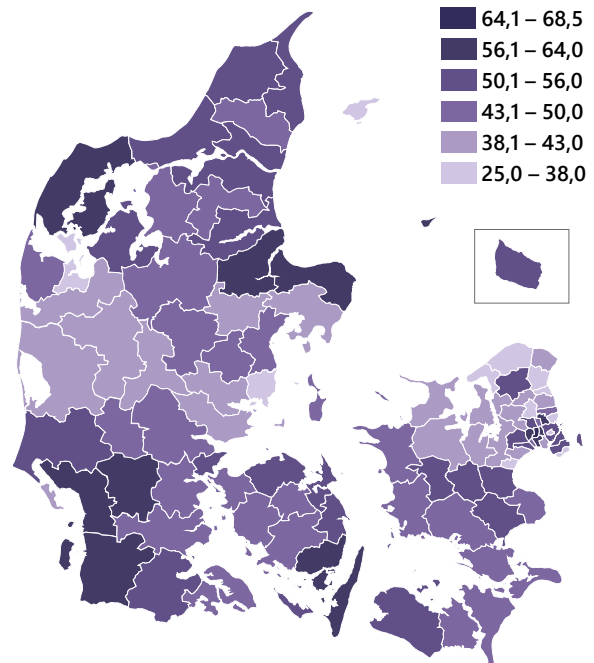
Kilde: Kommunerne og regionernes løndatakontor (KRL).

På tværs af kommunerne er antallet af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere meget forskellig. Det afspejler først og fremmest forskelle i medarbejdersammensætningen i den kommunale hjemmepleje og sygepleje, som igen afspejler forskellige kommunale prioriteringer og lokale rekrutteringsmuligheder samt varierende brug af private leverandører. Variationen kan observeres i figur 2.9 og 2.10, som viser antal ansatte henholdsvis sygeplejersker og social- og sundhedsmedarbejdere pr. 1.000 borgere på 67 år og derover. I de 10 kommuner med flest sygeplejersker pr. 1.000 ældre er der dobbelt så mange sygeplejersker som i de ti kommuner med færrest sygeplejersker i 2023. Den samme type af variation gør sig gældende for social- og sundhedsmedarbejdere.

Figur 2.9
Antal sygeplejersker ansat i kommunen pr. 1.000 personer på 67 år eller derover, 2023



Figur 2.10
Antal social- og sundhedsmedarbejdere ansat i kommunen pr. 1.000 personer på 67 år eller derover, 2023



Anm.: Social- og sundhedsmedarbejdere dækker over social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere i kommunen pr. september 2023. Sygeplejersker opgøres inkl. ledende sygeplejersker. Opgørelsen gælder for hele kommunen og er ikke afgrænset til sundhedsområdet og nærliggende områder. Antallet af ansatte er opgjort som fuldtidspersoner.

Kilde: Kommunerne og regionernes løndatakontor (KRL) og Danmarks statistik tabel FOLK1AM

De kommunalt ansatte på sundhedsområdet og de udvalgte nærliggende områder varetager en række forskellige indsatser, som fremgår af figur 2.11. Ansatte opgøres på baggrund af deres primære funktion. Tallene kan fx afspejle kommunernes registreringspraksis. De områder med flest ansatte er plejehjem og plejeboliger m.v. samt personlig pleje og praktisk hjælp i eget hjem, hvor der er henholdsvis ca. 45.000 og 29.000 ansatte fuldtidspersoner. Opgaverne indenfor begge områder varetages af flere forskellige faggrupper, hvor de største faggrupper er social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere. Samtidig er der også en stor andel af ufaglært sundhedspersonale.

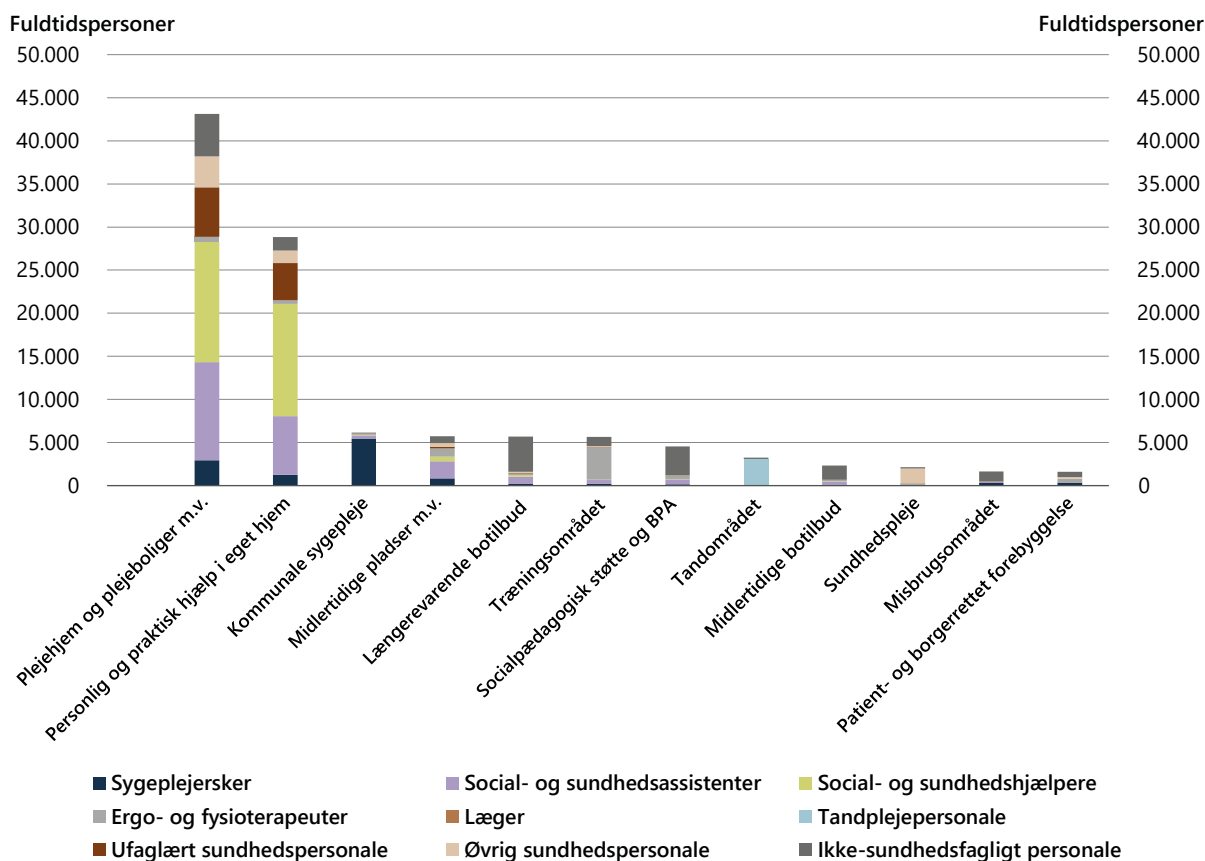
På baggrund af et casestudie af flere kommuner skønnes det, at social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere varetager 61-85 pct. af sundhedslovsindsatserne i borgernes eget hjem.⁸⁸ Det afspejles dog ikke i opgørelsen, da den kun inkluderer personale, hvis primært funktion af varetage den kommunale hjemmepleje. Da størstedelen af de social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere, som varetager sygeplejeopgaver, primært varetager andre opgaver, indgår de ikke i opgørelsen. I opgørelsen fremgår det i stedet, at der er ca. 5.500 sygeplejersker og ca. 700 personer med en anden stillingsbetegnelse ansat til at varetage den kommunale sygepleje. Det repræsenterer dog udelukkende dem, som primært varetager sygeplejeopgaver. Generelt kan der også være væsentlige usikkerhed forbundet med afgrænsningen af personale, der beskæftiger sig med indsatser, som ligger tæt på hinanden. Opgørelserne i figur 2.11 er derfor behæftet med usikkerhed som følge af kommunernes registreringspraksis.

88 Vinge, Sidsel og Emmy Hjort-Enemark Topholm. "Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter i kommunerne". Bd. 2021. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2021.

En række af de andre områder i opgørelsen domineres primært af en faggruppe. Det gælder bl.a. sundhedsplejen, som domineres af sundhedsplejersker (en videreuddannelse for sygeplejersker), som opgøres under øvrigt sundhedsfagligt personale, tandområdet, som domineres af tandplejepersonale, og træningsområdet, som domineres af ergo- og fysioterapeuter. På de længerevarende botilbud er der primært ansat ikke-sundhedsfagligt personale, hvilket bl.a. omfatter ca. 2.000 socialpædagoger og ca. 1.500 omsorgs- og pædagogmedarbejdere.

Figur 2.11

Fuldtidspersoner ansat på det kommunale sundhedsområde og udvalgte nærliggende områder fordelt på indsatser og stillingsbetegnelser m.v. i 2023



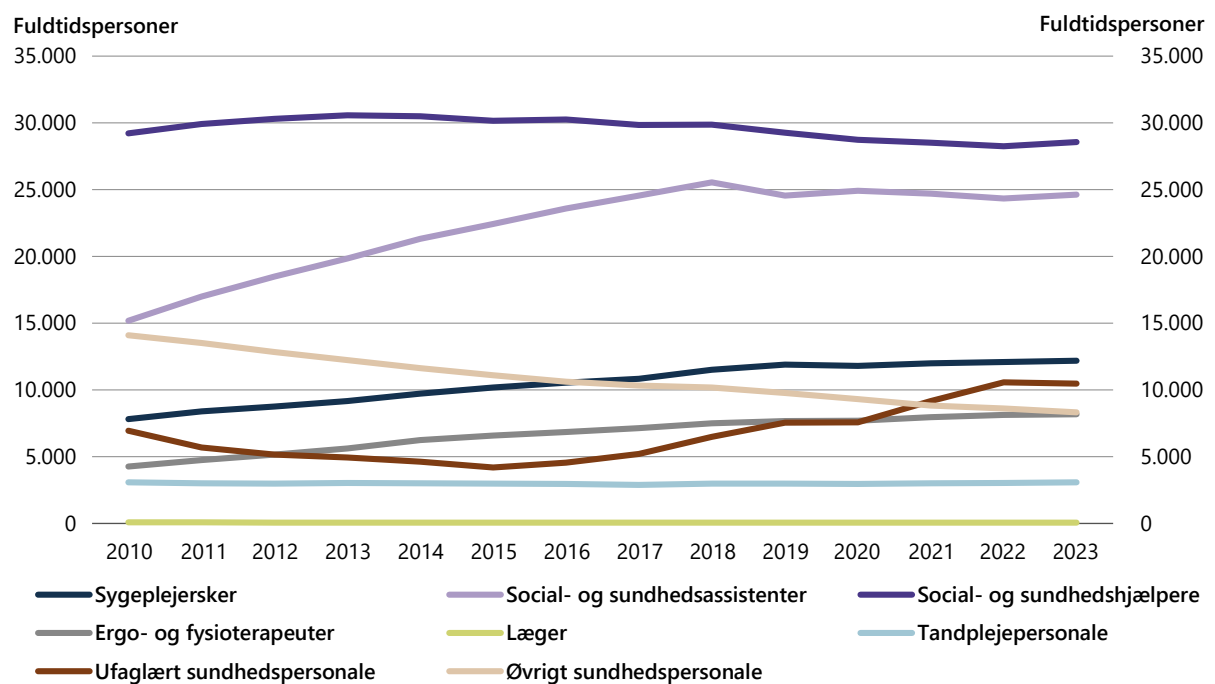
Anm.: Opgørelsen baseres på fuldtidspersoner pr. september 2023. Opgørelsen er ekskl. elever, fleksjob og ekstraordinært ansatte. En person indregnes, hvor personen har sin primære opgave. Sygeplejersker inkluderer ledende sygeplejersker. Ergo- og fysioterapeuter inkluderer ledende ergo- og fysioterapeuter og kliniske undervisere. Tandplejepersonale inkluderer tandlæger, tandklinikassistenter og tandplejere. Læger omfatter kommunallæge og underordnede læger (reservelæger). Ufaglært sundhedspersonale opgøres på baggrund af stillingsbetegnelsen "social- og sundhedspersonale, ikke-udd." og dækker over ufaglærte, som varetager social- og sundhedsfaglige opgaver. Øvrigt sundhedspersonale omfatter de resterende stillingsbetegnelser under stillingskategoriene "Social og sundhedspersonale, basis KL", "Syge- og sundhedspersonale, bases KL", "Syge- og sundhedspersonale, ledere KL" samt stillingsbetegnelserne "jordemødre" og "ledende jordemødre". Øvrigt sundhedspersonale omfatter derved sundhedsplejersker, plejere, hjemmehjælpere, beskæftigelsesvejledere, sygehjælpere, jordemødre osv. Ikke-sundhedsfagligt personale omfatter alle andre stillingskategorier. Plejehjem og plejeboliger m.v. opgøres som funktion 5.30.27 og omfatter personale, der bl.a. beskæftiger sig med personlig og praktisk hjælp m.v. givet på plejehjem, plejeboliger og beskyttede boliger. Personlig og praktisk hjælp i eget hjem opgøres som funktion 5.30.26 og 5.38.38. Træningsområdet opgøres som funktion 4.62.82, funktion 5.30.31, og funktion 5.38.41 og omfatter alt genoptræning og vedligeholdelsestræning givet i kommunalt regi (SUL §§ 140 og 140 a og SEL § 86) samt personale, der beskæftiger sig med hjælpemidler, forbrugsgoder, boligindretning og befordringer (SEL §§ 112, 113, 114, 116 og 117). Midlertidige pladser m.v. opgøres som funktion 5.30.29 og omfatter også personale, der beskæftiger sig med afløsning og aflastning, forebyggende hjemmebesøg og tilbud m. aktiverende sigte. Længerevarende botilbud opgøres som funktion 5.38.50. Midlertidige botilbud opgøres som funktion 5.38.52. Længerevarende botilbud og midlertidige botilbud omfatter personlig og praktisk hjælp m.v. og sygepleje givet på botilbuddene. Kommunal sygepleje opgøres som funktion 5.30.28 og omfatter alt kommunal sygepleje udover sygepleje udført i forbindelse med botilbud (SEL §§ 107-110), boformer (socialtilsynsloven § 4, stk. 1, nr. 3) og stofmisbrugsbehandling (SEL § 101 og SUL § 142). Socialpædagogisk støtte og BPA (borgerstyret personlig assistance) opgøres som funktion 5.38.39 og inkluderer enkelte yderligere behandlingstilbud og tilbud om hjælp og støtte på socialområdet (SEL §§102 og 82 a-c). Tandområdet opgøres som funktion 4.62.85. Misbrugsområdet opgøres som funktion 4.38.44 og 5.38.45. Sundhedsplejen opgøres som funktion 4.62.89. Patient- og borgerrettet forebyggelse opgøres som funktion 4.62.88. Der tages forbehold for, at opgørelsen afspejler kommunernes registreringspraksis, og at der især kan være usikkerhed forbundet med afgrænsningen af indsatser, som ligger tæt op ad hinanden.

Kilde: Kommunerne og regionernes løndatakontor (KRL)

Udviklingen i personale på hele sundheds-, ældre og voksensocialområdet fremgår af figur 2.12. Figuren afviger fra tidligere figurer, da den inkluderer hele voksensocialområdet, mens de tidligere figurer kun inkluderede den del af voksensocialområdet, som i særlig grad vurderes at være nærliggende til sundhedsområdet. Det er gjort for at sikre ensartethed på tværs af år. Samtidig vises udviklingen ikke for ikke-sundhedsfaglige medarbejdere.

Samlet set er antallet af sundhedspersonale steget med ca. 15.000 fuldtidspersoner fra 2010 til 2023. Det er en udvikling fra ca. 80.500 til 95.500 fuldtidspersoner i perioden. Især social- og sundhedsassistenter har drevet væksten med en stigning ca. 9.500 fuldtidspersoner i perioden. Antallet af sygeplejersker, ergo- og fysioterapeuter og ufaglært personale er også steget betragteligt med henholdsvis 4.500, 4.000 og 3.500 fuldtidspersoner. På den anden side har der været en betydelig reduktion på ca. 6.000 fuldtidspersoner i øvrigt sundhedsfagligt personale. Det er bl.a. et resultat af, at kategorien omfatter de gamle sundhedsuddannelser, såsom hjemmehjælpere, beskæftigelsesvejledere, plejehjemsassistenter, plejere og sygehjælpere, som blev erstattet af social- og sundhedsmedarbejdere-uddannelserne i 1991. Der vil derved være en naturlig reduktion i faggrupperne på grund af ansatte, som går på pension og videreuddanner sig til fx social- og sundhedsmedhjælper. Derudover kan der også være medarbejdere blandt øvrigt sundhedsfagligt personale, som i løbet af opgørelsesperioden overgår til ny stillingsbetegnelse, fx social- og sundhedshjælpere, som følge af efteruddannelse eller lignende.

Figur 2.12
Udvikling i sundhedspersonale ansat på hele det kommunale sundheds-, ældre-, og voksensocialområde, 2010-2023



Anm.: Opgørelsen basseres på fuldtidspersoner pr. september hvert år. Opgørelsen er ekskl. elever, fleksjob og ekstraordinært ansatte. Sygeplejersker inkluderer ledende sygeplejersker. Ergo- og fysioterapeuter inkluderer ledende ergo- og fysioterapeuter og kliniske undervisere. Tandplejepersonale inkluderer tandlæger, tandklinikassistenter og tandplejere. Læger omfatter kommunallæge og underordnede læger (reservelæger). Ufaglært sundhedspersonale opgøres på baggrund af stillingsbetegnelsen "social- og sundhedspersonale, ikke-udd.", og dækker over ufaglærte, som varetager social- og sundhedsfaglige opgaver. Øvrigt sundhedspersonale omfatter de resterende stillingsbetegnelser under stillingskategorierne "Social og sundhedspersonale, basis KL", "Syge- og sundhedspersonale, bases KL", "Syge- og sundhedspersonale, ledere KL" og jordemødre. Øvrigt sundhedspersonale omfatter derved sundhedsplejersker, plejere, hjemmehjælpere, beskæftigelsesvejledere, sygehjælpere, jordemødre osv. Området er afgrænset til sundheds-, ældre og voksensocialområdet (hovedkonto 4 og hovedfunktion 5.30 og 5.38), som strækker sig udover sundhedsområdet og nærliggende områder.

Kilde: Kommunerne og regionernes løndatakontor (KRL).

For nogle kommunale sundhedsindsatser og nærliggende indsatser leveres en betydelig del af opgavevaretagelsen af private leverandører. Der er i alt ca. 8.000 personer ansat hos private leverandører af hjemmepleje, som varetager opgaver inden for hjemmepleje efter serviceloven. Der i alt ca. 7.000 personer ansat inden for private leverandører af fysioterapi- og ergoterapibehandling, hvoraf en del må forventes at varetage opgaver i relation til det kommunale træningsområde, bl.a. som følge af ret til at vælge en privat leverandør af genoptræning, hvis kommunen ikke kan påbegynde genoptræning indenfor syv dage efter udskrivelse. Der er herudover ca. 5.000 personer, som arbejder på private plejehjem og plejeboliger m.v.⁸⁹

Særlige problemstillinger

I det følgende beskrives en række særlige problemstillinger, som forventes at have betydning for kommunernes opgavevaretagelse i fremtiden. Det gælder stigende ressourcetræk i forhold til kommunale sundheds- og plejeindsatser, incitamenter til forebyggelse, særlige betingelser for sygepleje og nærliggende opgaver i kommunerne og variation i kommunale sundhedsindsatser.

Stigende ressourcetræk i forhold til kommunale sundheds- og plejeindsatser

De primære modtagere af kommunale sundheds- og plejeindsatser er de ældre over 65 år. En analyse viser, at en fjerdedel af ældre over 65 år i 2022 modtog mindst én kommunal sundheds- og plejeindsats, som oftest kommunal sygepleje eller personlig pleje og praktisk hjælp. Den demografiske udvikling vil alt andet lige øge efterspørgslen på alle kommunale sundheds- og plejeindsatser og særligt de indsatser, som de ældre over 65 år modtager.⁹⁰

Grundet den demografiske udvikling mod en højere andel af ældre i befolkningen ventes der også i fremtiden stor efterspørgsel på social- og sundhedsfagligt uddannede. Udfordringen er særligt stor i forhold til at rekruttere social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere. Ifølge en simpel fremskrivning vil efterspørgslen efter social- og sundhedsmedarbejdere vokse med 17.000 personer mere end udbuddet frem mod 2030, set i forhold til 2019, hvis samme serviceniveau skal opretholdes.⁹¹

Incitamenter til forebyggelse

Kommunerne har overordnet set et naturligt incitament til, at borgerne er sundest muligt for at koste mindst muligt på andre velfærdsområder og bidrager mest muligt via skatteindtægter. Fx kan kommunal genoptræning af høj kvalitet øge arbejdsmarkedstilknytningen for borgere i den arbejdsdygtige alder, der i en periode har været indlagt på et sygehus. Opdelingen af opgavevaretagelsen på sundhedsområdet mellem kommunerne og regionerne kan dog føre til et reduceret incitament for kommunerne til at investere i forebyggelse som følge af sektoropdelingen, hvor en del af gevinsten ved mindre sygehusbehandling ligger i regionerne. I den nuværende sektororganisering vil en del af gevinsten ved, at kommunen investerer i patientrettet forebyggelse, tilfalde regionen i form af reduceret sygehusbehandling. På den måde opnår kommunerne ikke den direkte økonomiske gevinst af forebyggende indsatser, som omhandler mindre behov for sygehusbehandling i regionerne.

Det er derfor en risiko, at der ikke investeres tilstrækkeligt i forebyggende indsatser i kommunerne, og sundhedsvæsenets behandlinger og indsatser ikke ses i den nødvendige sammenhæng. Af Implement Consultant Groups analyse af sektorkrydsende indsatser, som er udført i forbindelse med Sundhedsstrukturkommissionens arbejde, fremgår det fx, at det aktuelt er tydeligt, at de enkelte sektorer prioriteringer ofte afspejler, at konsekvenser, der falder i andre sektorer, ikke er i fokus.⁹²

89 Sundhedsstrukturkommissionen. "Sundhedsstrukturkommissionens rapport. Beslutningsgrundlag for et mere lige, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen". 2024.

90 Sundhedsstrukturkommissionen. "Sundhedsstrukturkommissionens rapport. Beslutningsgrundlag for et mere lige, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen". 2024.

91 Finansministeriet, "Økonomisk Analyse. Mekaniske fremskrivninger af udbud af og efterspørgsel efter velfærdsmedarbejdere", 2022.

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

Den kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet, som blev indført i forbindelse med kommunalreformen i 2007, havde ellers til formål at give kommunerne et yderligere generelt incitament til at forebygge borgernes brug af det af det regionale sundhedsvæsen. Ordningen er aktuelt fastfrosset for at give kommunerne budgetsikkerhed, bl.a. i lyset af store udsving kommunernes betalinger, og understøtter dermed aktuelt ikke de tilsigtede incitamentsmæssige virkninger for kommunerne. Samtidig blev ordningen også før fastlåsningskritiseret for ikke at understøtte effektive incitamenter for kommunerne til forebyggelse.

Særlige betingelser for sygepleje og nærliggende indsatser i kommunerne

Den kommunale sygepleje og nærliggende indsatser leveres under en række betingelser, som i væsentlig grad adskiller sig fra sygehusvæsenets betingelser for at udføre den samme typer af indsatser. Det bidrager til en styringsmæssig kompleksitet i kommunerne.

Kommunerne varetager i høj grad den kommunale sygepleje efter sundhedsloven i sammenhæng med indsatser efter serviceloven, især hjemmepleje. Det bidrager til en kompleksitet i styringen og leveringen af de to indsatser, at de er omfattet af to forskellige lovgivninger baseret på forskellige styringsprincipper. På sygehusene skelnes ikke på samme måde mellem indsatser, som er sygepleje, og indsatser, der er personlig pleje og praktisk hjælp.

For hjemmepleje i kommunerne kræver det en myndighedsafgørelse at visitere en borger til indsatser på baggrund af dokumentation, bl.a. af borgerens funktionsevne. Borgeren skal også have mulighed for at vælge en privat leverandør. I praksis fører det ofte til en kommunal organisering med en central visitationsenhed, som er adskilt fra de udførende medarbejdere. For sygepleje er der ikke samme krav om myndighedsafgørelse ved tildeling af kommunal sygepleje. Sygeplejen tildeles normalt efter lægelige henvisning, fx fra alment praktiserende læge eller sygehus, hvorefter den kommunale sygepleje kan visitere borgeren til konkrete ydelser og tidsforbrug svarende til opgavens omfang.⁹³ Den tildelingspraksis er mindre tung og baserer sig fx ikke på samme niveau af skriftlighed. Til gengæld er de løbende dokumentationskrav til indsatser i den kommunale sygepleje højere end for hjemmepleje efter serviceloven.

Den kommunale sygepleje er herudover karakteriseret ved i vidt omfang at levere sundhedsindsatser efter henvisning fra læger, som er organiseret i andre sektorer. Det betyder, at det som udgangspunkt er vanskeligere at foretage en løbende tilpasning af opgaveløsningen for kommunal sygepleje end for sygepleje på sygehuse, der også ydes på lægelige delegation, men hvor læger og plejepersonale er samorganiseret under samme organisatoriske, ledelsesmæssige og økonomiske ramme. Det sidste skaber som udgangspunkt mere fleksible rammer for en løbende opgavetilpasning mellem faggrupper.

Variation i kommunale sundhedsindsatser

En nylig analyse af sektorkrydsende indsatser i sundhedsvæsenet viser, at sygehuse og alment praktiserende læger oplever en betydelig variation i de kommunale sundhedsindsatser, fx i relation til kommunernes akutfunktioner og kommunernes kapacitet til at hjemtage færdigbehandlede patienter.⁹⁴ Variationen kan også risikere at blive endnu tydeligere i fremtiden, hvor der bl.a. forventes at komme endnu flere patienter, fx med kroniske sygdomme, der har behov for indsatser i flere sektorer.

Derudover er der forhold, som tyder på, at de faktiske krav til kommunale sundhedsindsatser er øget gennem en årrække som følge af øget opgavekompleksitet. Det kan bidrage yderligere til at synliggøre eller øge de kommunale kvalitetsforskelle. Fx udskrives patienterne hurtigere fra sygehusene end tidligere, og kommunerne oplever, at borgernes helbredsmæssige tilstande i de kommunale akuttilbud generelt er mere skrøbelige end tidligere.

93 VIVE og Anne Petersen. "To distrikter – to forskellige former for sygepleje? – Et komparativt casestudie af hjemmesygeplejen i to distrikter". København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2017.

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

Kommunerne har forskellige organisatoriske og faglige forudsætninger for at levere kommunale sundhedsindsatser af høj kvalitet. Kommunerne varierer betragteligt i indbyggertal, ligesom forskelle i befolknings sammensætningen, fx set i forhold til alder og socioøkonomiske forhold, også medfører forskelle i bl.a. befolkningens sygdomsbyrde og plejebehov. Kommunernes har desuden forskellige forudsætninger for at kunne rekruttere sundhedsfagligt personale som følge af geografiske forskelle i tilgængeligheden af uddannede sundhedsfaglige personer, som fx betydelige variationer i antallet af ansatte sygeplejersker på tværs af kommunerne bl.a. kan ses som udtryk for.

Der tages højde for kommunale forskelle i udgiftsbehov og beskatningsgrundlag med betydning for kommunernes vilkår for opgaveløsningen bredt set gennem den kommunale udligning, ligesom der er en række særlige ordninger rettet mod kommuner med særlige vilkår. Det løser dog ikke fuldt ud forskelle i vilkårene for opgaveløsningen, som kan ligge ud over det finansieringsmæssige, fx grundlæggende strukturelle forskelle i forhold til bl.a. rekrutteringsudfordringer. Mindre kommuner har alt andet lige vanskeligere forudsætninger for at sikre en tilstrækkelig kvalitet i egne tilbud og indsatser for den mere specialiserede del af de kommunale sundhedsindsatser som følge et mindre befolkningsgrundlag.

Sundhedsstyrelsen fremhæver i en nylig analyse, som er udført i forbindelse med Sundhedsstrukturkommissionens arbejde, at der blandt opgaverne i kommunerne er områder, som kræver en vis specialisering for at sikre tilstedeværelse af de rette kompetencer. Det kan bl.a. føre til et behov for samling og specialisering, fx gennem tværkommunalt samarbejde.⁹⁵ Sundhedsstyrelsen vurderer, at der særligt indenfor genoptræning og rehabilitering er områder, hvor der aktuelt er et for lille patientvolumen til, at der kan opbygges tilstrækkelige medarbejderkompetencer, rutine og faglige miljøer i hver enkel kommune. Det gælder fx hjerneskaderehabilitering eller genoptræning efter benamputation.⁹⁶

I forhold til kommunal sygepleje vurderer Sundhedsstyrelsen, at kvaliteten er udfordret på områder, hvor patientgrundlaget er lille, og udfordringen forstærkes yderligere, når kommunerne skal leve op til kravet om en døgndækket akutfunktion som følge af de opdaterede kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner. Derudover vurderer Sundhedsstyrelsen, at der for kommunale forebyggelsestilbud til mennesker med kronisk sygdom er udfordringer med at opnå et grundlag for faglig bæredygtighed for indsatsområder, som skal tilpasses borgernes individuelle sygdomme, når de mere generiske tilbud ikke er tilstrækkelige.⁹⁷

Udover forskelle i kommunernes rammevilkår kan variation også forekomme som følge af forskelle i kommunale prioriteringer af det kommunale sundhedsområde, bl.a. ud fra lokale hensyn. Kommunale sundhedsindsatser indgår, hvis der ses bort fra KMF, som en af de mindre udgiftsposter set i forhold til større velfærdsområder, såsom folkeskole og ældreområdet, og den enkelte kommune kan prioritere det forskelligt i forhold til andre områder.

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

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

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

Kapitel 3: Psykiatri

Kapitel 3 beskriver den nuværende styring og organisering af psykiatriområdet. Det psykiatriske område er til en vis grad organiseret på samme måde som det somatiske område, men adskiller sig på en række områder. Psykiatrien beskrives derfor særskilt. I det følgende redegøres for indsætterne i regionerne, praksissektoren og kommunerne. Fokus vil især være på den regionale behandlingspsykiatri. Kommunale indsætser på social- og sundhedsområdet er beskrevet mere detaljeret i kapitel 2.

I 2022 præsenterede Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen (i dag Social- og Boligstyrelsen) et fagligt oplæg til en 10-års plan om bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser. Det faglige oplæg beskriver og analyserer det samlede psykiatriområde. Kapitlet bygger i høj grad på oplægget.

Den nuværende regering har tilkendegivet at ville prioritere 3,2 mia. kr. mere til psykiatriområdet frem mod 2030. Det skal ses i lyset af, at de årlige udgifter til de regionale psykiatriske sygehuse udgør ca. 10,5 mia. kr. Med 'Aftale om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed' fra september 2022 og aftalen om 'En bedre psykiatri – hurtigere behandling til børn og unge, bedre akut hjælp og større tryghed for medarbejdere' fra november 2023 er der allerede igangsat en lang række konkrete initiativer på området. Regeringen har tilkendegivet, at den vil præsentere et udspil til en ny 10-årsplan for psykiatrien i 2. halvår 2024.

Regulering og organisering

Mental sundhedsfremme og indsætser til mennesker med psykiske lidelser varetages på tværs af en række forskellige aktører, myndighedsområder og lovgivninger, jf. figur 3.1.

Figur 3.1

Tilbud til mennesker med psykiske lidelser på tværs af centrale aktører



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

Indsatser i kommunen

De kommunale tilbud til mennesker med psykiske lidelser er lovgivningsmæssigt primært forankret i serviceloven. Der er dog også relevante kommunale tilbud til målgruppen efter sundhedsloven, dagtilbudsloven, folkeskoleloven (fx pædagogisk psykologisk rådgivning (PPR)), erhvervsuddannelsesloven og lovgivning relateret til gymnasier, forberedende grunduddannelse (FGU), ungdomsuddannelse for unge med særlige behov (STU) og specialundervisning for voksne. Jobrettede indsatser gives primært efter lov om aktiv beskæftigelsesindsats.

Den sundhedsfaglige kommunale indsats til mennesker med psykiske lidelser er reguleret af sundhedsloven og fordeler sig på flere områder og på forskellige målgrupper. Der er tale om områder som fx sygepleje, fysioterapi, kommunal tandpleje, sundhedsfremme og forebyggelse, kommunal sundhedstjeneste og genoptræning efter udskrivning af sygehuset. Kommunal sundhedsfremme skal tilrettelægges, så der dels ydes en generel forebyggende og sundhedsfremmende indsats, dels en individorienteret eller patientrettet indsats. Disse to forebyggelsesperspektiver afspejler sig i indsatser, der retter sig mod alle børn, og en særlig indsats, der specielt tager sigte på børn med særlige behov.

Socialpsykiatrien betegner det område i kommunerne, som varetager indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Socialpsykiatrien reguleres primært af serviceloven, som er en rammelov. Socialpsykiatrien omfatter myndighedsområdet, hvor opgaven er at udrede og visiterer den enkelte til det rette tilbud og den rette indsats, og løbende at følge op på, om indsatsen fortsat er den rette. Socialpsykiatrien omfatter også en bred vifte af tilbud fra rådgivning og vejledning, tidlige forebyggende indsatser, støtte i eget hjem, aktivitets- og beskyttet beskæftigelsestilbud, misbrugstilbud og midlertidige og længerevarende bo- og botilbudslignende tilbud. Hertil kommer en lang række åbne, uvisiterede sociale tilbud såsom den opsøgende støtte- og kontaktpersonordning, forsorgshjem, varmestuer og natcaféer og krisecentre. Socialpsykiatriens opgave er også at samarbejde med civilsamfundet i form af recovery-skoler, peer-to-peer-indsatser, boligsociale indsatser, frivilligcentre m.v., og understøtte den enkeltes deltagelse i almindelige fællesskaber i civilsamfundet generelt.

Målgruppen i socialpsykiatrien er meget bred og spænder fra psykisk mistrivsel eller begyndende tegn på psykiske lidelser til mennesker med moderate eller svære psykiske lidelser, der behandles i den regionale psykiatri. Dertil har en del af målgruppen også komplekse sociale problemer, fx hjemløshed, ligesom flere har svære sammensatte udfordringer sammen med den psykiske lidelse som fx misbrug, selvskade, oligofreni eller aldersbetingede mentale udfordringer. En væsentlig del af målgruppen har derfor behov for en højt specialiseret og koordineret indsats, der både kan håndtere den enkeltes mange forskellige udfordringer på samme tid, og sikre at den samlede indsats er samtidig, sammenhængende og understøtter hinanden.

Indsatsen på det socialpsykiatriske område involverer ofte en lang række forskellige aktører både samtidigt og i de forskellige faser af indsatsen. Det er et samarbejde med borgerne og deres pårørende eller øvrige netværk, myndighedssagsbehandlere og de forskellige sociale tilbud og indsatser, som den enkelte modtager. Der skal ofte samarbejdes med behandlings- og retspsykiatrien, øvrige kommunale indsatser og tilbud på tværs af beskæftigelsesområdet, børne- og familieområdet, skole- og dagtilbudsområdet, sundhedsområdet, ældreområdet, misbrugsområdet og relevante aktører i civilsamfundet.

I kommunerne er der ikke praksis for at beskrive den sociale indsats overfor børn og unge med psykisk mistrivsel eller med psykiske lidelser som socialpsykiatri. I stedet tales om sociale indsatser, eller specialiserede sociale indsatser målrettet mere omfattende og/eller komplekse problemstillinger. Kommunerne kan efter serviceloven også give støtte til børn og unge med psykisk mistrivsel eller psykiske lidelser som tidlige, forebyggende indsatser i form af fx familierettede indsatser eller deltagelse i netværks- og samtalegrupper. Indsatsen kan gives uvisiteret og anonymt med hjemmel i servicelovens § 11. Hvis kommunen vurderer, at der er behov for mere omfattende støtte, skal der udarbejdes en børnefaglig undersøgelse, og på baggrund heraf kan der gives mere omfattende forebyggende ambulante foranstaltninger som fx kontaktperson, familiebehandling, praktisk pædagogisk støtte eller aflastning eller indgribende foranstaltninger i form af anbringelser udenfor hjemmet.

Med aftalen om 10-årsplanen for psykiatrien blev det bl.a. besluttet at etablere et kommunalt behandlings-tilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel og symptomer på psykisk lidelse. Etablering af tilbuddet efter sundhedsloven skal sikre mulighed for udredning og lettere behandlingstilbud uden for behandlings-psykiatrien til børn og unge med psykisk mistrivsel og/eller symptomer på psykisk lidelse. Tilbuddet skal også understøtte det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde mellem kommuner, almenmedicinske tilbud, børne- og ungdomspsykiatrien og andre relevante aktører. Der lægges op til, at børn/unge og deres forældre selv kan henvende sig til tilbuddet, og almenmedicinske tilbud kan vejlede om tilbuddet. Hvis barnet/den unge ikke er i målgruppen, kan tilbuddet henvise til den regionale psykiatri. Desuden skal behandlingen i tilbuddet tilbydes i sammenhæng med anden relevant hjælp i kommunen eller tilbud og støtte forankret i civilsamfundet. Ifølge de faglige rammer for tilbuddet skal tilbuddet tilbyde behandling af ensartet og høj kvalitet og systematisk understøtte et koordineret og sammenhængende behandlingsforløb for barnet eller den unge.⁹⁸ Det skal vurderes systematisk, om det er relevant, at barnet eller den unge skal hjælpes videre til yderligere vurdering af barnets behov for anden relevant hjælp, fx i skolen.

Kommunerne yder derudover beskæftigelsesrettede tilbud til borgere med psykisk lidelse. De kommunale beskæftigelsesrettede indsatser omfatter opkvalificeringsindsatser, tværfaglige indsatser til sygemeldte og ledige. Beskæftigelsesgraden blandt borgere med psykisk lidelse er væsentlig lavere end i øvrige dele af befolkningen. Forskning viser, at mens det i nogle tilfælde er netop jobrelaterede udfordringer, der er medvirkende til borgerens psykiske lidelse, så kan beskæftigelse omvendt og under de rette forudsætninger være et meningsfuldt holdepunkt, der bidrager til, at borgeren bliver rask igen.⁹⁹

Indsatser ved alment praktiserende læge, praktiserende psykolog eller ved praktiserende speciallæge

De fleste mennesker med psykiske lidelser udredes og behandles i de almenmedicinske tilbud. Indsatsen i de almenmedicinske tilbud til mennesker med psykiske lidelser består overordnet af udredning, medicinsk behandling, støttende samtaler eller egentlig samtalerapi. De almenmedicinske tilbud kan henvise videre til fx psykiatrisk sygehus, praktiserende psykolog m.v. For børn og unge sker henvisningen dog særligt via kommunerne (PPR) og fremover gennem de nye lettilgængelige tilbud, som har direkte henvisningsret efter screeningssamtalen.

De almenmedicinske tilbud spiller også en afgørende rolle ift. at behandle somatiske sygdomme hos mennesker med psykiske lidelser. Indsatsen blev øget i 2022 med aftaler om regelmæssig somatisk undersøgelse på bosteder og fokuseret somatisk undersøgelse af mennesker med psykiske lidelser. Det kan dog konstateres på baggrund af tal for perioden januar 2022 til juli 2023, at der er udført markant færre ydelser end forudsat. Samlet set var det forventet, at der kun vil blive anvendt 9 millioner kroner i 2023, mens der i overenskomstaftalen blev afsat 38,4 millioner kroner.

Praktiserende psykologer yder psykologbehandling til mennesker med psykiske lidelser enten med eller uden offentligt tilskud. Indsatsen hos praktiserende psykologer består af psykologsamtaler/psykoterapi, herunder psykoedukation, rådgivning og vejledning. Regionerne yder derudover tilskud til psykologbehandling efter lægehenvielse i forbindelse med særlige livssituationer (henvisningskriterier 1-9) eller let til moderat angst eller depression (henvisningskriterier 10-11). Tilskuddet udgør 60 pct. af honoraret. For unge mellem 18 og 24 år, som er henvist som følge af angst og depression er tilbuddet vederlagsfrit.

Praktiserende speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri varetager udredning og behandling, herunder medicinsk behandling og psykoterapeutisk behandling for børn og unge i aldersgruppen fire til 18 år (i Region Syddanmark inklusive 18 og 19-årige).

Praktiserende speciallæger i psykiatri behandler voksne over 18 år. De praktiserende speciallæger varetager primært behandling af patienter med moderate psykiske lidelser, hvor der ikke er behov for bred tværfaglig indsats varetaget af flere forskellige faggrupper.

98 Sundhedsstyrelsen. "Faglig ramme for det kommunale behandlingstilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel", 2023.

99 Rigsrevisionen. "Beretning om beskæftigelsesrettet indsats for sygemeldte borgere med forløb i psykiatrien", 2021.

Indsatser i den regionale psykiatri

Mennesker med psykiske lidelser og med et behov for psykiatrisk udredning og en specialiseret tværfaglig behandlingsindsats henvises til en psykiatrisk sygehusafdeling (indlæggelse eller ambulat) eller kan henvende sig akut ved en akutmodtagelse. Den psykiatriske sygehusindsats er en del af det samlede sygehusvæsen og er underlagt sundhedslovens regelsæt om patientrettigheder, behandlingsansvar, krav om kvalitetsudvikling, dokumentation, forskning, uddannelse m.v., der er nærmere beskrevet i kapitel om sygehussektoren. Derudover er området underlagt psykiatriloven, der bestemmer, under hvilke omstændigheder tvangsindlæggelse og -tilbageholdelse kan ske på psykiatrisk afdeling og betingelserne for, at der kan udøves anden tvang, fx fastholdelse, bæltefiksering og tvangsbehandling.

Efter Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning kan psykiatrisk sygehusbehandling varetages på hovedfunktionsniveau, regionsfunktionsniveau og højt specialiseret niveau. Langt de fleste patienter udredes og behandles på hovedfunktionsniveau, mens særligt mennesker med svære eller behandlingsresistente lidelser eller specifikt afgrænsede målgrupper henvises til en afdeling med regionsfunktion eller højt specialiseret niveau.

De psykiatriske sygehuse er organiseret meget forskelligt, bl.a. på baggrund af varierende geografi og befolkningsgrundlag, men oftest sådan, at de psykiatriske afdelinger rummer både sengeafdelinger og ambulatorier. I nogle tilfælde også med tilknyttede udgående psykiatriske ambulante teams, som enten kan være tilknyttet en sengeafdeling eller et ambulatorie.

De psykiatriske sengeafdelinger består typisk af flere forskellige afsnit, herunder fx åbne døgnafsnit, intensive døgnafsnit (døren til afdeling er aflåst) og mere specialiserede afsnit såsom affektive og ældrepsykiatriske afsnit eller døgnafsnit for spiseforstyrrelser. Ambulatorierne kan være tilknyttet en almenpsykiatrisk afdeling, en mere specialiseret afdeling, eller repræsentere et selvstændigt specialiseret behandlingstilbud, som ikke er tilknyttet et tilsvarende sengeafsnit.

Det er særligt for de psykiatriske sygehuse, at alle regioner har en del udgående funktioner, som betjener forskellige målgrupper og tilbyder hjemmebehandling eller behandling på en lokation i nærmiljøet – tæt på borgeren. De udgående funktioner er forankret på meget forskellig vis i de enkelte regioner – i sygehuse (sengeafsnit eller ambulatorier) eller i lokale ambulatorier (distrikts- eller lokalpsykiatri).

Regionerne tilbyder også digital rådgivning og behandling. Internetpsykiatrien.dk, som drives af Center for Digital Psykiatri i Region Syddanmark, tilbyder evidensbaseret, digital terapi for let til moderat depression eller angst. Behandlingen foregår i en online selvhjælpsplatform med løbende skriftlig støtte og feedback fra en psykolog. Man skal være fyldt 18 år for at kunne modtage tilbuddet, som er landsdækkende. Ved digital terapi kan borgerne opleve hurtigt at komme i gang med et behandlingstilbud, og løsningen understøtter et princip om ”digital først”, der giver mere tid til kerneopgaven for sundhedspersonalet.

Samarbejde mellem psykiatriske og somatiske afdelinger foregår i varierende grad, og en patient kan sideløbende med en psykiatrisk indlæggelse også være indlagt på en somatisk afdeling (dobbelindlæggelse). Den psykiatriske afdeling kan bede om tilsyn fra en somatisk afdeling og omvendt. Psykiatrien er organisatorisk adskilt fra somatikken i alle regioner, men nogle psykiatriske afdelinger deler matrikel med somatiske afdelinger og har dermed nemmere adgang til fysisk tilsyn fra andre specialer. Andre psykiatriske afdelinger ligger på sin egen matrikel og derfor har et selvstændigt set-up i forhold til samarbejdet med somatikken. På en række af akutsygehuse er der psykiatriske afdelinger på samme matrikel som det somatiske sygehus, hvor der kan være større eller mindre grad af integration mellem psykiatrisk og somatisk akutmodtagelse. På eksempelvis Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Bispebjerg, er der både en somatisk fælles akutmodtagelse og en psykiatrisk akutmodtagelse, men de er organisatorisk adskilte enheder placeret tæt på hinanden med adskilte budgetter, adskilt ledelsesansvar og ansættelsesforhold. Omvendt modtager fx Aarhus Universitetshospital både somatiske og psykiatriske akutte patienter på én samlet fælles akutmodtagelse på baggrund af samarbejdsaftaler, men psykiatrien er fortsat organisatorisk adskilt fra somatikken. Der er ikke noget i lovgivning som giver regionerne bindinger i forhold til adskilt organiseringen af akutmodtagelsen. Psykiatrien var ikke en del af Sundhedsstyrelsens udgivelse ”Styrket akutheredskab” fra 2007, som fik afgørende betydning for organiseringen af sygehuse i Danmark. Det betød, at den akutte indsats til mennesker med psykiske lidelser på et afgørende tidspunkt ikke fra central side blev tænkt med i organiseringen af den akutte somatiske indsats.

Retspsykiatriske patienter med en psykiatrisk foranstaltningsdom er mennesker med psykiske lidelser, der på baggrund af den kriminalitet, de har begået, er dømt til behandling eller anbringelse på psykiatrisk afdeling. Behandlingen af de patienter kan både finde sted i et almenpsykiatrisk tilbud (ambulant eller under indlæggelse) eller i specialiserede tilbud (retspsykiatrisk ambulatorium eller retspsykiatrisk afdeling).

Finansiering

Behandlingspsykiatrien finansieres på samme vis som det øvrige sekundære sundhedsvæsen (se kapitel 1). Fra 2003 og frem til 2019 blev statslige prioritering til forøgede bevillinger til psykiatrien primært finansieret gennem satspuljefinansiering. Nye prioriteringer af området var begrænset inden for den generelle regionale ramme. I 2022 var området samlet set prioriteret med ca. 2,5 mia. kr. (2019 priser) i forhold til 2003, heraf var ca. 2,2 mia. kr. permanente bevillinger. Afhængigheden af satspuljen har betydet, at området har været præget af en række forskellige afgrænsede, lokale tiltag og midlertidig puljefinansiering. I Sundhedsstyrelsen og Social- og Boligstyrelsens faglige oplæg fremhæves det, at fælles for de tidligere initiativer på psykiatriområdet er, at de i vid udstrækning har været spredte, usammenhængende og sporadisk implementeret gennem midlertidige forsøgsprojekter, der ikke har været sammentænkt ud fra en fælles faglig retning og ambition for området eller med udgangspunkt i det samlede forløb for mennesker med psykiske lidelser. Ligeledes er de mange anbefalinger, vejledninger, retningslinjer, metoder og redskaber, der er udviklet henover de sidste mange år, ofte ikke blevet systematisk implementeret, ligesom indsatsen ikke i tilstrækkelig grad er blevet beskrevet og monitoreret.

Satspuljen var målrettet foranstaltninger på social-, sundheds- og arbejdsmarkedsområdet med henblik på forbedring af vilkårene for overførselsindkomstmottagere og udsatte grupper. Der blev indgået en ny aftale om satspuljen hvert år, og midlerne blev udmøntet gennem puljer til eksempelvis hjælp til udsatte børn og unge, udsatte grupper på arbejdsmarkedet, handicappede, indsatser for stofmisbrugere og psykiatri. I forbindelse med afskaffelsen af satspuljen blev der udmøntet en reserve til social-, sundheds- og arbejdsmarkedsområdet (SSA-reserven). Reserven er ligeledes målrettet de grupper i velfærdssamfundet, som har de største udfordringer og udmøntes årligt af Folketingets partier for en periode på fire år. Reserven finansieres alene ved udløb af bevillinger inden for reserven og udgør for 2024 godt 200 mio. kr. i alt på social-, bolig- og ældre og sundhedsområdet. Permanente bevillinger fra reserven begrænser dermed fremtidige prioriteringsmuligheder.

Ressourcer og kapacitet på psykiatriske sygehuse

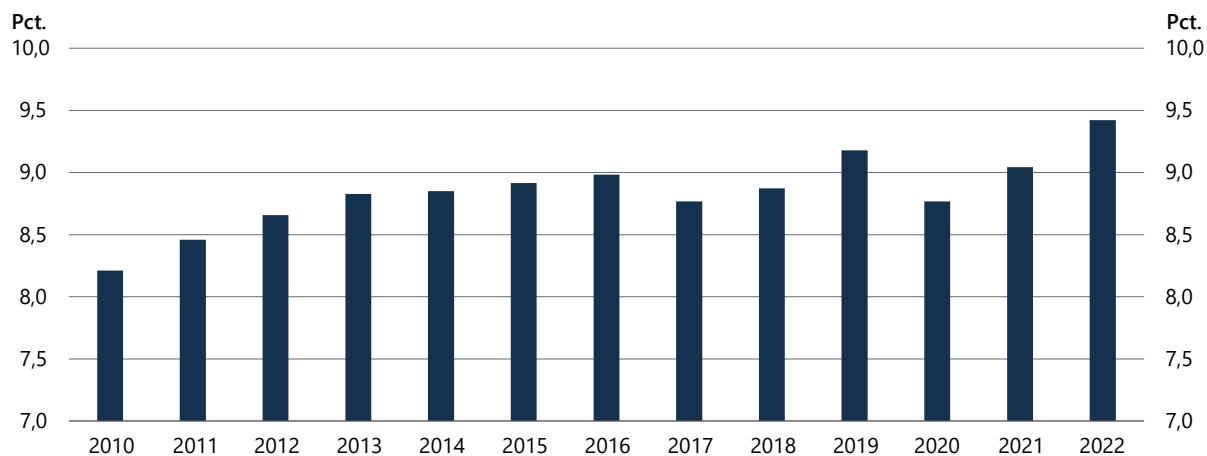
I følgende afsnit beskrives kapaciteten i den regionale sygehussektor, herunder antal medarbejdere, antal sengepladser og geografisk spredning af kompetencer og ressourcer.

Udgiftsudvikling

De regionale nettoudgifter til de psykiatriske sygehuse og afdelinger omtrent 10,5 mia. kr. i 2022. Psykiatriens andel af de samlede sygehusudgifter har været svagt stigende fra 8,2 pct. i 2010 til 9,4 pct. i 2022, jf. figur 3.2. Det bemærkes, at regeringen har tilkendegivet, at der på tværs af sektorerne skal prioriteres 3,2 mia. kr. ekstra frem mod 2030 til psykiatriområdet. Isoleret set i forhold til de psykiatriske sygehuses nettoudgifter i 2022 svarer det til en forøgelse på mere end 30 pct.

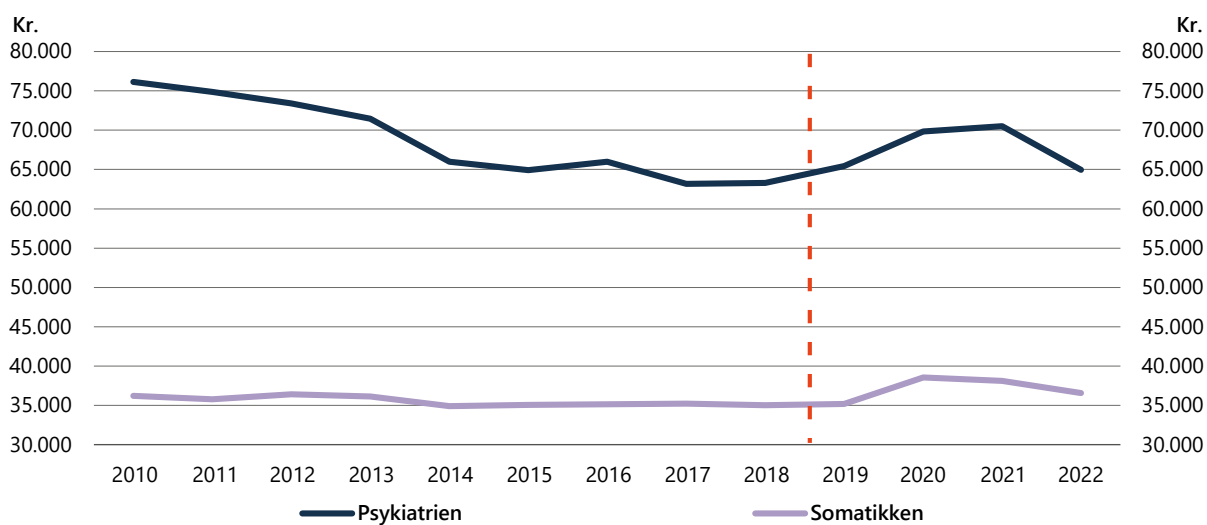
Udgifterne pr. patient i psykiatrien er ca. dobbelt så høj sammenlignet med udgifterne pr. patient i somatikken. Udgifterne pr. patient har været stigende de seneste år efter at have været faldende i en årrække, da udgifterne ikke er forøget i samme grad som antallet af patienter, jf. figur 3.3.

Figur 3.2

Udviklingen i andelen af offentlige sygehusudgifter til psykiatri, løbende priser, mio. kr.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af SHA1, Danmarks Statistik.

Figur 3.3

Udgifter pr. patient i psykiatrien og somatikken i perioden 2010 til 2022, 2021-priser

Anm.: Den røde linje indikerer databrud pga. overgang til LPR3. For at omregne SHA1 til 2021-priser, så er offentlige forbrugsudgifter brugt som prisindeks.

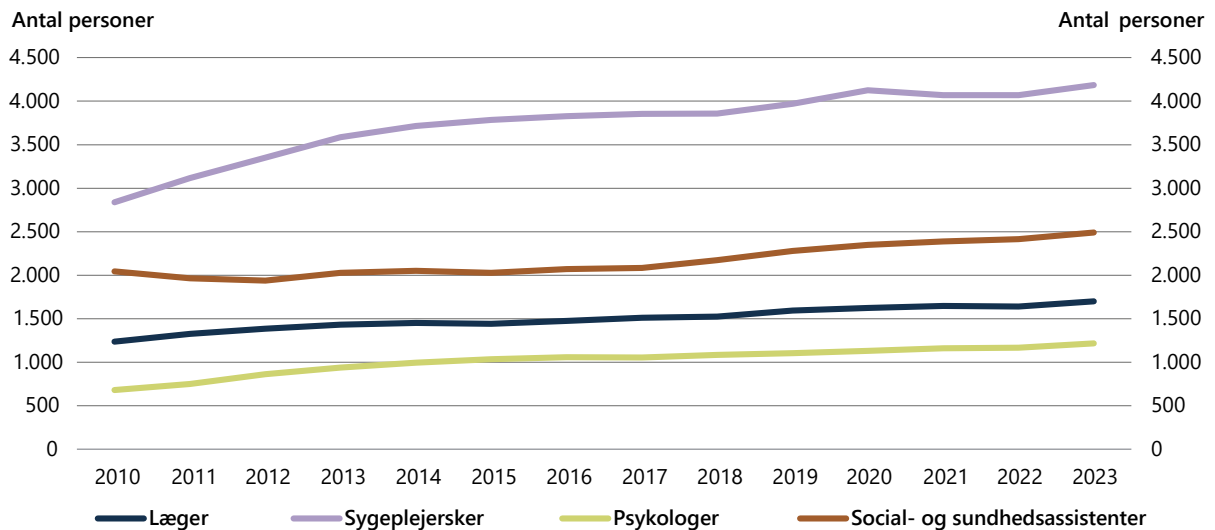
Kilde: Egne beregninger på baggrund af statistikbanken (SHA1) og eSundhed, Sundhedsdatastyrelsen.

Beskæftigelse i regionerne

Fra 2010 til 2023 har antallet af sundhedsfagligt personale ansat på psykiatriske sygehuse været stigende med ca. 30 pct. Antallet af sygeplejersker er i perioden steget med ca. 47 pct., antallet af læger er steget med ca. 37 pct., og antallet af psykologer er steget med ca. 79 pct., jf. figur 3.4. Der er dog en betydelig geografisk variation, jf. tabel 3.1. Antallet af social- og sundhedsassistenter er steget med ca. 22 pct. Til sammenligning er antallet af ansatte steget med ca. 25 pct. på somatiske sygehuse.

Figur 3.4

Udvikling i udvalgte personale ansat i psykiatri i perioden 2010-2023 (september)



Anm.: For personale er september måned brugt i hvert år.

Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor, SIRKA.

Der er ca. 150 praktiserende speciallæger i psykiatri fordelt på ca. 100 speciallægepraksis. Der er dog en betydelig geografisk variation, jf. tabel 3.1, og speciallægepraksisserne er særligt centreret omkring større byer. Dertil er der ca. 2.400 privatpraktiserende psykologer, heraf havde 853 praktiserende psykologer i løbet af 2020 et ydernummer. Der er også geografisk variation blandt psykologer med ydernummer, jf. tabel 3.1.

Tabel 3.1

Fordeling af læger i psykiatrien, privatpraktiserende med speciale i psykiatri og ydernummerpsykologer pr. indbygger indekseret i forhold til landsplan, 2023

	Sygehuslæger i psykiatrien pr. indbygger	Privatpraktiserende speciallæger i psykiatri pr. indbygger	Privatpraktiserende speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri pr. indbygger	Psykologer med ydernummer pr. indbygger
Region Hovedstaden	130	138	108	99
Region Midtjylland	96	86	71	107
Region Nordjylland	81	68	109	104
Region Sjælland	82	111	114	91
Region Syddanmark	79	66	105	99
Hele landet	100	100	100	100

Anm.: Sygehuslæger er omregnet til fuldtid og speciallæger og psykologer er opgjort som kapaciteter. For speciallæger er en kapacitet defineret som en fuldtidsansat speciallæge, der ikke må have andre fuldtidsstillinger end denne. Samtidig skal den pågældende overstige de nedre omsætningsgrænser, som er fastsat for hvert speciale. En deltidspraksis tæller typisk som 0,33 kapacitet og har et omsætningsloft. En overlægepraksis, er en praksis, der er opgjort til tre timer om ugen, og hvor den årlige omsætning ikke overstiger kr. 249.655 (2020-niveau). Tallene for speciallæger og psykologer for 2023 er foreløbige.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Kommunernes og Regionernes Løndatakontor (sygehuslæger), CS Scandihealth og Danske Regioner (speciallæger og psykologer), og Danmarks Statistiks FOLK1AM.

Udover ovennævnte personalegrupper varetager en bred gruppe af personale patientrettede funktioner i psykiatrien, som bl.a. farmaceuter, psykomotoriske-, ergo- og fysioterapeuter, kliniske diætister, plejehjemsassistenter, social- og sundhedshjælpere, øvrigt plejepersonale, psykologer, pædagogisk personale, socialrådgivere, lægesekretærer og portører. De sidste år ses den største stigning i antallet af personale blandt ergo- og fysioterapeuter, psykologer, pædagogisk personale og socialrådgivere.

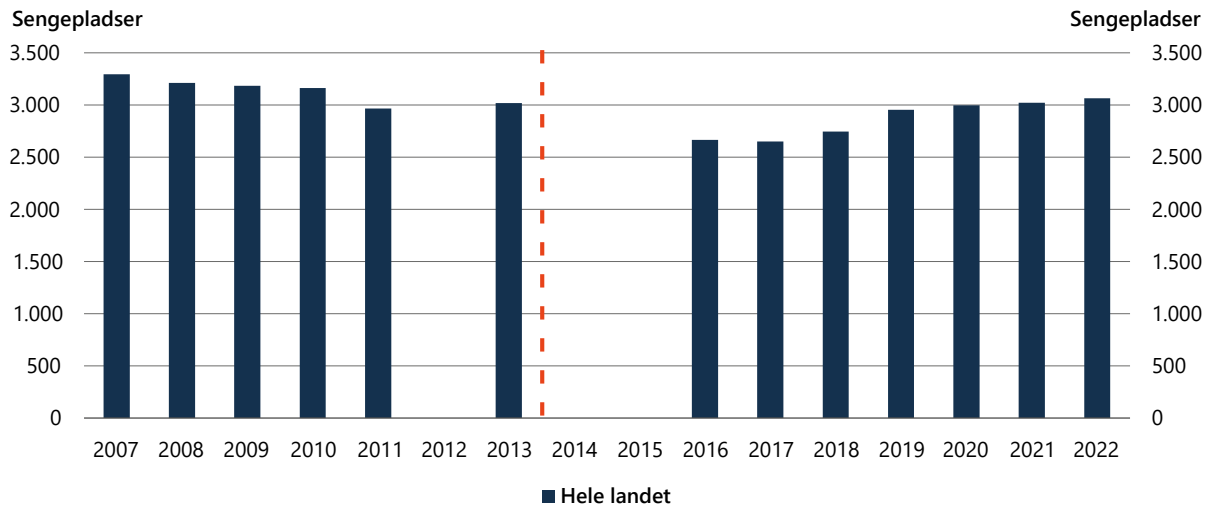
Kapacitet og indretning af sygehusstrukturen

Fra 2007 og frem har der været omfattende nybyggerier og renoveringer, som har påvirket psykiatriens fysiske rammer. Det skete blandt andet med afsæt i Sundhedsstyrelsens rapport fra 2007, "Et styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen", som anbefalede, alle patienter med akut opstået eller forværret sygdom eller skade skal modtages i en fælles akutmodtagelse på akut-sygehuset.

I perioden fra 2007 til 2023 er der bl.a. gennemført følgende ændringer: Psykiatrihospitalet i Nykøbing Sjælland, herunder Sikringsafdelingen, er blevet lokaliseret sammen med Slagelse Sygehus. Psykiatrihospitalet i Augustenborg (Als) blev nedlagt og flyttede til Aabenraa. Psykiatrihospitalet i Risskov flyttede til det nye universitetshospital i Skejby. Psykiatrihospitalet i Hviding ved Ribe blev nedlagt og flyttet til et nybyggeri i Esbjerg. Derudover er der blevet bygget en ny psykiatrisk døgnfunktion, psykiatrisk akutmodtagelse og et børne- og ungdomspsykiatrisk ambulatorium i Vejle, som samlede de eksisterende afdelinger fra Vejle og Kolding. Psykiatriske sengepladser fra Holstebro og Herning er samlet ved Gødstrup Regionshospital. Ny Psykiatri Bispebjerg skal samle Psykiatrisk Center København fra flere adresser i Københavnsområdet med en psykiatrisk akutmodtagelse, sengeafsnit, ECT-klinik og uddannelsesfaciliteter. Psykiatrien i Odense flyttes fra den nuværende placering ved OUH inde i Odense til Nyt OUH ved universitetet.

Sengekapaciteten i psykiatrien har i samme periode ændret sig fra 3.297 normerede pladser i 2007 til 3.066 i 2022, jf. figur 3.5. Det er en markant lavere reduktion end reduktionen af sengekapaciteten i somatikken i samme periode (se kapitel 1).

Figur 3.5
Normerede psykiatriske sengepladser i perioden 2007 til 2022, årligt gennemsnit



Anm.: Data mangler for 2012 for hele landet, for 2013 for Region Hovedstaden og for 2014 og 2015 for Region Syddanmark. Der opgøres data månedsvist for regioner, sygehuse og overafdelinger. Opgørelsen inkluderer sengepladser på akut modtagerafsnit og senge til intensiv behandling. Data opgjort efter denne metode findes fra 2014 og frem. Tallene før 2014 er et øjebliksbillede af antal sengepladser d. 31. december i året. Den røde linje indikerer databrud pga. overgang til LPR3. Tallene er beregnet som gennemsnit på tværs af månedsopgørelserne af antallet af normerede sengepladser.

Kilde: Statistik "Sengepladser og belægning" pba. oplysninger fra regionernes PAS systemer, Sundhedsdatastyrelsen.

Opgaveløsning

Følgende afsnit beskriver sygehussektorens nuværende opgaveløsning og berører udvalgte udviklingstræk. Derudover ses på kvalitetsmæssig variation på tværs af sektoren eller geografi.

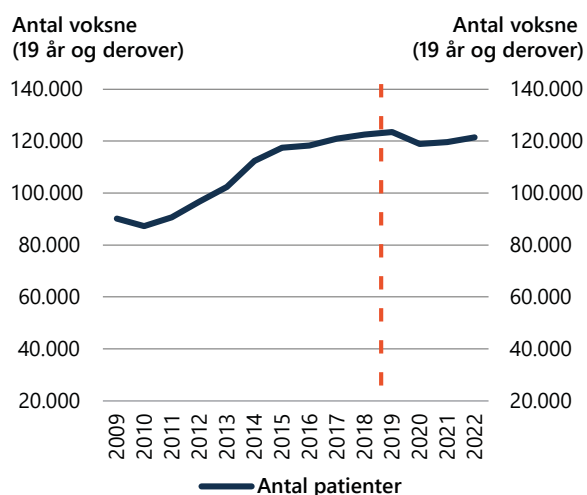
Aktivitet

Det regionale psykiatriske sygehusvæsen

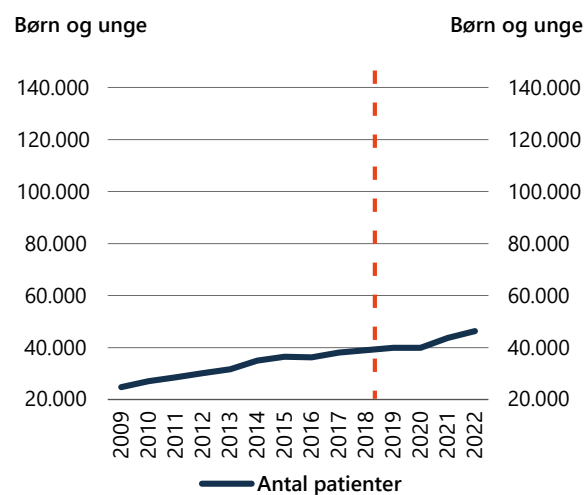
Antallet af mennesker, som diagnosticeres med psykiske lidelser, er steget i de senere år. Stigningen i antallet af mennesker med psykiske lidelser kan skyldes øget forekomst af psykiske lidelser i befolkningen, men øget fokus på psykiske lidelser og mindre stigma forbundet med psykisk lidelse kan også være med til at flere borgere end tidligere får stillet en diagnose og kommer i behandling.

I figur 3.6 og 3.7 ses udviklingen i antallet af børn, unge og voksne, som årligt havde kontakt til den regionale psykiatri i perioden fra 2009 til 2022.

Figur 3.6
Voksne med kontakt til den regionale psykiatri i perioden 2009-2022



Figur 3.7
Børn og unge med kontakt til den regionale psykiatri i perioden 2009-2022



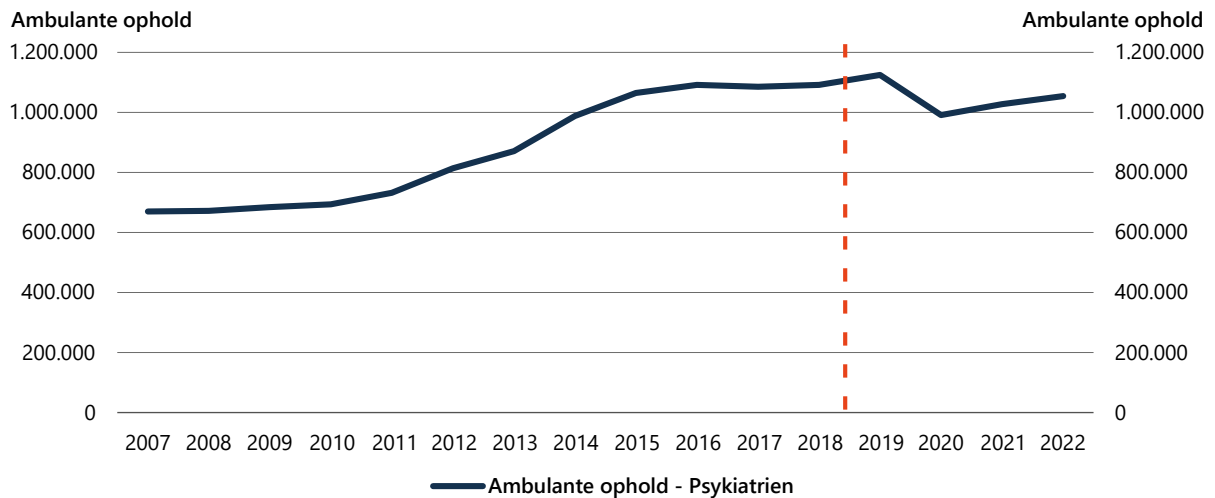
Anm.: Antallet er unikke personer henholdsvis under og over 19 år som har haft kontakt til den regionale psykiatri. Der er databrud i 2019 på grund af overgangen til LPR3. Det betyder, at sammenligninger hen over 2019 skal foretages med ekstra varsomhed. COVID-19 epidemien kan have indflydelse på aktiviteten på hospitalerne i 2020 og 2021 og sygeplejerskestrejke kan have indflydelse på hospitalsaktivitet i 2021.

Kilde: Landspatientregister version 30. marts 2021 for LPR2 og 10. marts 2023 for LPR3 og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Patienterne i psykiatrien er unge i sammenligning med andre patientgrupper. I 2018 var 87 pct. af patienterne fx under 65 år. Patienter tilknyttet de ambulante tilbud er gennemsnitligt yngre end de indlagte patienter. I de ambulante tilbud er de fleste patienter i aldersgruppen 19-39 år, mens der blandt de indlagte patienter er flest i aldersgruppen 40-64 år.

Antallet af ambulante ophold i psykiatrien er steget fra ca. 670.000 ophold i 2007 til ca. 1.054.000 ophold i 2022 svarende til en stigning på ca. 57 pct. over perioden, jf. figur 3.8. Antallet af indlæggelser på psykiatriske afdelinger er i samme periode steget fra ca. 36.000 indlæggelser til ca. 46.000 indlæggelser svarende til en stigning på ca. 28. pct., jf. figur 3.9.

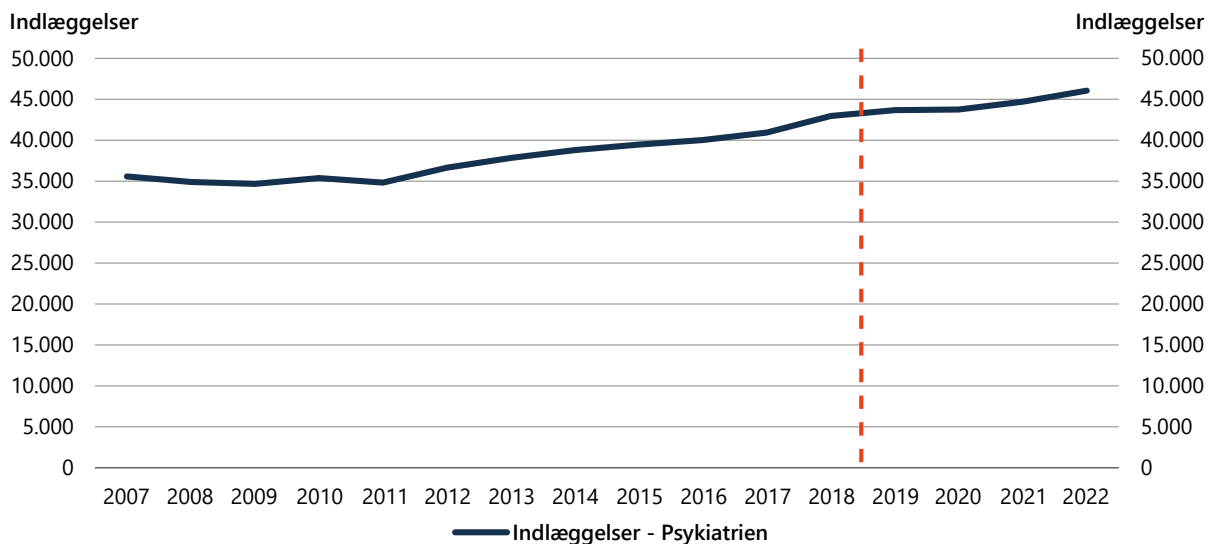
Figur 3.8
Udvikling i psykiatriske ambulante ophold (offentlig og privat) i perioden 2007-2022



Anm.: Den røde linje indikerer databrud pga. overgang til LPR3. Stiplede røde linje angiver databrud. Det betyder, at sammenligninger af tal for 2019 og frem med tal for 2018 og før skal foretages med ekstra varsomhed.

Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Landspatientregisteret (LPR) pr. 10. marts 2023, fra Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 3.9
Udvikling i psykiatriske indlæggelser (offentlig og privat) i perioden 2007-2022



Anm.: Den røde linje indikerer databrud pga. overgang til LPR3. Stiplede røde linje angiver databrud. Det betyder, at sammenligninger af tal for 2019 og frem med tal for 2018 og før skal foretages med ekstra varsomhed.

Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Landspatientregisteret (LPR) pr. 10. marts 2023, fra Sundhedsdatastyrelsen.

I det følgende ses der på udviklingen af den prævalente befolkning for specifikke diagnoser, dvs. personer, der har haft kontakt til det sekundære sundhedsvæsen med en diagnose af en psykisk lidelse en eller flere gange inden for de seneste 10 år forud for opgørelsesåret.

For voksne ses en markant stigning i den prævalente befolkning af personer med adfærds- og følelsesmæssig forstyrrelse opstået i barndommen eller før voksenalderen, herunder personlighedsforstyrrelser og psykiske udviklingsforstyrrelser herunder autismespektrumforstyrrelser, jf. tabel 3.2.

Blandt børn og unge ses især markante stigninger i de prævalente befolkninger med adfærdsændringer forbundet med fysiske og fysiologiske faktorer herunder spiseforstyrrelser og psykiske udviklingsforstyrrelser, herunder autismespektrumforstyrrelser, jf. tabel 3.2. Hertil kommer en udpræget stigning af ikke nærmere specificerede psykiske lidelser.

Tabel 3.2

Udvikling i den prævalente population pr. 100.000 personer i perioden 2009-2023, opdelt på diagnosegrupper

Diagnose	Beskrivelse	Udvikling i antal børn og unge (0-17 år) i pct.	Udvikling i antal voksne (18+ år) i pct.
F00-F09	Organiske inklusive symptomatiske psykiske lidelser	-43	-7
F10-F19	Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af psykoaktive stoffer	-61	-5
F20-F29	Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser og skizoaffektive psykoser	110	18
F30-F39	Affektive sindslidelser, herunder bipolar affektiv lidelse og depression	68	18
F40-F48	Nervøse og stress-relaterede tilstande og tilstande med psykisk betingede legemlige symptomer	114	59
F50-F59	Adfærdsændringer forbundet med fysiske og fysiologiske faktorer herunder spiseforstyrrelser	184	82
F60-F69	Forstyrrelser af personlighedsstruktur herunder emotionel ustabil personlighedsstruktur	-5	14
F70-F79	Mental retardering	1	41
F80-F89	Psykiske udviklingsforstyrrelser herunder autismespektrumforstyrrelser	138	522
F90-F98	Adfærds- og følelsesmæssig forstyrrelse opstået i barndom eller opvækst/før voksenalderen, herunder personlighedsforstyrrelser	86	665
F99	Ikke nærmere specificerede psykiske lidelser	596	14

Anm.: Den prævalente befolkning er defineret som personer, der har haft kontakt til det sekundære sundhedsvæsen med en diagnose af en psykisk lidelse en eller flere gange inden for de seneste 10 år forud for opgørelsesåret. Opgørelsen er afgrænset til personer med dansk bopæl. Personer kan indgå i flere grupper, hvis de har fået en psykiatrisk diagnose inden for mere én diagnosegruppe. Diagnosegrupper følger WHO's International Classification of Diseases (ICD-10).

Kilde: Egne beregninger på baggrund af opgørelser fra Landspatientregisteret pr. 10. marts 2023, CPR-registeret pr. 10. marts 2023, Sundhedsdatastyrelsen.

Udviklingen i praksissektor og kommuner

Udviklingen i aktiviteten i kommunerne kan belyses bl.a. ud fra antallet af voksne med psykiske lidelser, som modtager ydelser efter serviceloven. Der er sket en stigning i antallet af voksne med psykiske lidelser, der modtager ydelser som botilbud, socialpædagogisk støtte med videre, registreret som handicapydelse efter serviceloven. 31.271 personer modtog disse ydelser i 2015 frem mod en stigning til 34.762 personer i 2020. Der er samtidig sket et fald i antallet af mennesker, der bor på længerevarende botilbud, men en stigning i antallet der bor på midlertidige botilbud og botilbudslignende tilbud. Der ses en generel bevægelse fra anvendelse af de længerevarende tilbud hen imod højere grad af anvendelse af midlertidige og mindre indgribende tilbud i kommunerne.

Det er ikke muligt at tegne et fyldestgørende billede af udviklingen i aktivitetsniveauet i socialpsykiatrien, da der er indsatser, der ikke registreres data på. Det drejer sig fx om de uvisiterede væresteder og åbne rådgivningstilbud, hvor den enkelte kan henvende sig uden visitation, ligesom det drejer sig om de forebyggende indsatser, der ikke er indberetningspligtige.

Der findes ikke et registerbaseret overblik over, hvor mange patienter med psykiske lidelser, der behandles i de almenmedicinske tilbud, men en tidligere dansk undersøgelse fandt, at mindst 500.000 mennesker årligt henvender sig hos de almenmedicinske tilbud med psykiske problemer af ikke-psykotisk karakter. Speciallægepraksis i psykiatri havde i 2020 ca. 363.000 kontakter med ca. 52.000 patienter, og speciallægepraksis i børne- og ungdomspsykiatri havde i alt ca. 31.000 kontakter med 4.000 børn og unge. De autoriserede psykologer med ydernummer, ca. 850 psykologer, behandlede i 2020 i alt 77.000 patienter under psykologordningen.

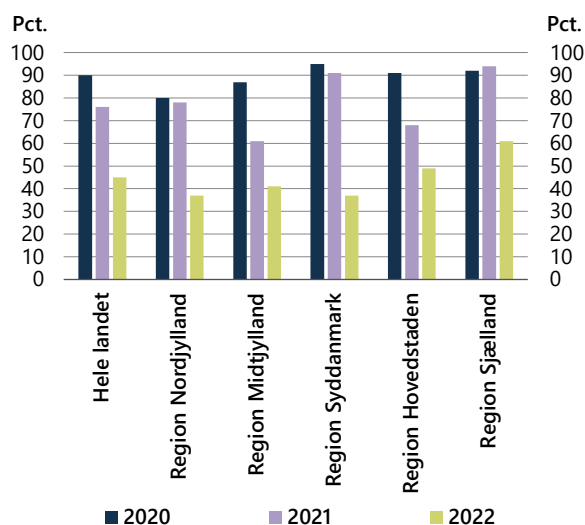
En undersøgelse udgivet i 2024 viser, at 4,4 pct. af den voksne befolkning enten er i kontakt med psykiatriske sygehuse eller modtager kommunale sociale indsatser. Heraf modtager 2,4 pct. point udelukkende psykiatriske sygehuse behandling. 1,4 pct. point modtager udelukkende sociale indsatser, mens 0,6 pct. point modtager indsatser i begge sektorer.¹⁰⁰

Kvalitet, sammenhæng og lighed på psykiatriområdet

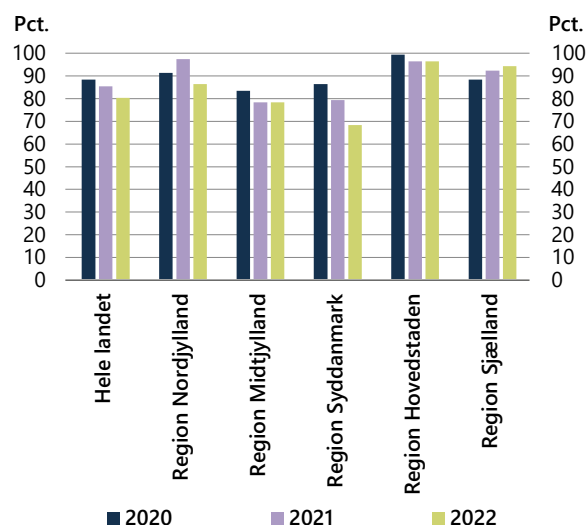
De nationale mål for sundhedsvæsenet indeholder nationale kvalitetsmål, der følges gennem en række indikatorer, se kapitel om sygehusområde. Der måles her bl.a. på overholdelse af udredningsretten i psykiatrien. Overholdelsen af udredningsretten har været faldende de seneste år, og er i børne- og ungdomspsykiatrien gået fra 90 pct. i 2020 til 45 pct. i 2022, mens den er faldet fra 88 pct. i 2020 til 80 pct. i 2022 i voksenpsykiatrien, jf. figur 3.10 og 3.11. Det bemærkes i øvrigt, at udredningsretten i psykiatrien var suspenderet fra 18. marts 2020 til 31. august 2020, for at sikre, at der på sygehusene kunne foretages den nødvendige prioritering under COVID-19. I hele sundhedsvæsenet var der udfordringer med lange ventetider i perioden 2020 til 2022, som følge af COVID-19 og overenskomstkonflikten på sygeplejerskeområder i 2021.

100 Benchmarkingenheden. "Overlappet mellem psykiatrien og de sociale indsatser", 2024.

Figur 3.10
Udviklingen i overholdelse af udredningsretten
i børne- og ungepsykiatrien fra 2020 til 2022



Figur 3.11
Udviklingen i overholdelse af udredningsretten
i voksenpsykiatrien fra 2020 til 2022



Anm.: Udredningsretten i psykiatrien var suspenderet fra 18. marts 2020 til 31. august 2020, for at sikre, at der på sygehusene kunne foretages den nødvendige prioritering under COVID-19. Efter overgang til ny elektronisk patientjournal (EPJ) i Region Nordjylland (ultimo marts 2022), er tallene for Region Nordjylland for særligt 2.-4. kvartal 2022 væsentligt påvirket af fejl og mangler i registrering og indberetning. Efter overgang til ny elektronisk patientjournal (EPJ) i Region Syddanmark (primo oktober 2021), er Region Syddanmarks tal for 4. kvartal 2021 og hele 2022 påvirket af fejl og mangler i registrering og indberetning. Der er efter alt at dømme en uens registreringspraksis i børne- og ungepsykiatrien på tværs af regionerne for, hvornår en patient registreres som færdigudredt. Andelen af forløb, hvor udredningsretten er overholdt er dermed reelt lavere i børne- og ungepsykiatrien.

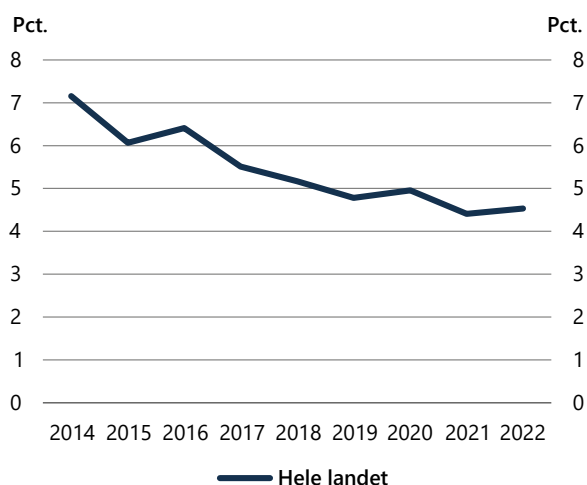
Kilde: esundhed.dk, Sundhedsdatastyrelsen.

Tvang i psykiatrien er indgribende over for den enkelte patient og skal så vidt muligt undgås. Når tvang alligevel er nødvendig, skal det ske så skånsomt som muligt, med størst mulig hensyntagen til den enkelte og ud fra psykiatrilovens "mindste middels princip". Der har bl.a. været fokus på at nedsætte andelen af indlagte patienter, der bæltefikseres, jf. figur 3.12. Mål om nedbringelse af tvang indgår også i de nationale mål for sundhedsvæsenet. Med aftalen om en bedre psykiatri blev aftalt en ny målsætning for mindre tvang i psykiatrien for at reducere anvendelsen af de tvangsformer, som opleves mest indgribende, dvs. bæltefiksering, fastholdelse og akut beroligende medicin med tvang. Herudover blev der igangsat en række initiativer til at imødekomme målsætningen.

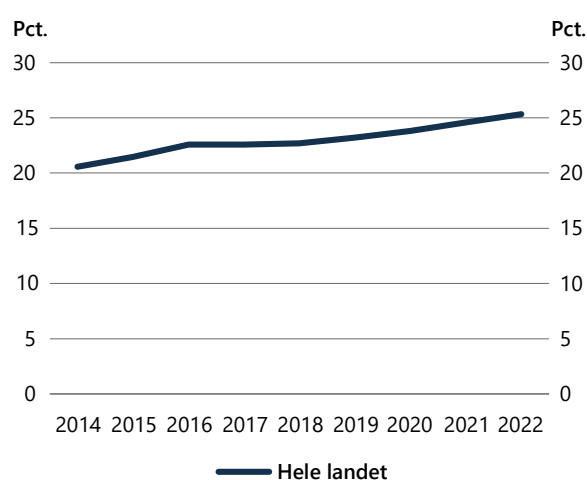
En indikation på, hvorvidt der er sammenhæng og kvalitet i det samlede patientforløb på tværs af sektorer er fx antallet af genindlæggelser og antallet af dage, hvor patienten er færdigbehandlet i den regionale psykiatri og afventer mulighed for udskrivelse til socialpsykiatrien. Akutte genindlæggelser er steget i perioden 2014 til 2022, jf. figur 3.13.

Med Aftalen om 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed og Aftalen om en bedre psykiatri og den efterfølgende udmøntningsaftale med Danske Regioner og KL, igangsættes forløbsbeskrivelser for udvalgte målgrupper. Forløbsbeskrivelser er en ny tilgang på psykiatriområdet. Det er et værktøj, som indeholder faglige anbefalinger for den tværsektorielle og koordinerede sundheds- og socialfaglige indsats for en given psykisk lidelse. Det er et værktøj, som kan understøtte, at mennesker med svære psykiske lidelser tilbydes en sammenhængende, systematisk, ensartet og virkningsfuld indsats på tværs af sektorer. En forløbsbeskrivelse bidrager til at tydeliggøre ansvars- og opgavefordelingen og koordinering og kommunikation mellem alle involverede parter i forløbet.

Figur 3.12
**Udviklingen i bæltefikseringer i psykiatrien
 i perioden 2014 til 2022**



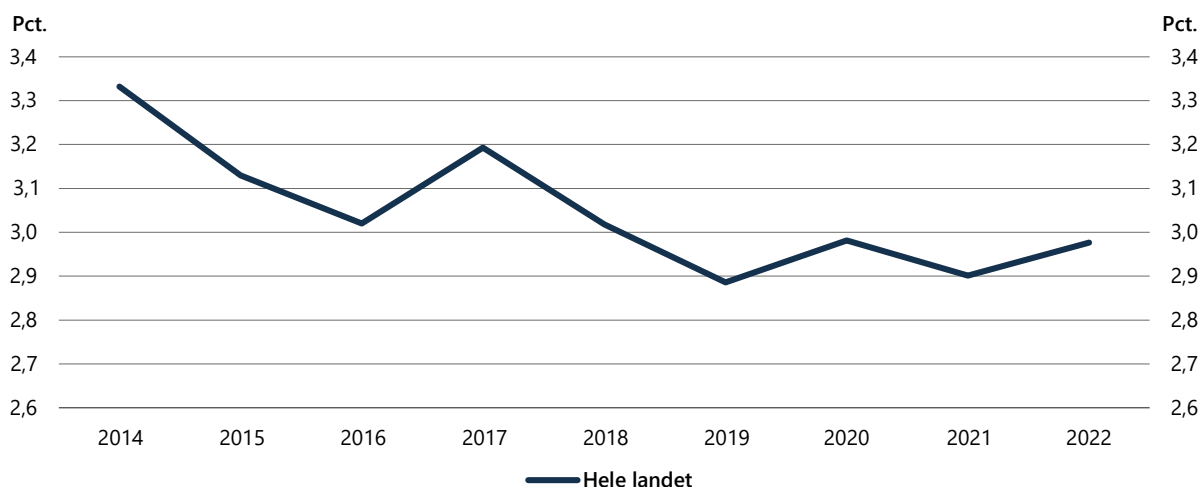
Figur 3.13
**Udviklingen i akutte psykiatriske
 genindlæggelser i perioden 2014 til 2022**



Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet: "Nationale mål for sundhedsvæsenet for 2023", 2023.

Overdødeligheden blandt borgere med udvalgte psykiske lidelser kan give et overordnet billede af kvaliteten og virksomhed af den samlede indsats for borger, der lever med psykisk sygdom. Forskelle i dødeligheden mellem forskellige grupper i befolkningen kan desuden være udtryk for ulighed i sundhed. Ulighed i sundhed kan opstå på baggrund af både socioøkonomiske forskelle og forskelligt behandling i sundhedsvæsenet. Overdødeligheden blandt borgere med skizofreni og/eller bipolar lidelse er faldet siden 2014, men der har ikke været betydelige forbedringer siden 2019, jf. figur 3.14.

Figur 3.14
Udviklingen overdødelighed for borgere med udvalgte psykiske lidelser fra 2014 til 2022



Anm.: Opgørelsen er lavet blandt personer, der har haft en kontakt til hospitalsvæsenet med en af følgende diagnosekoder for skizofreni og bipolar lidelse: DF20, DF21, DF23.1, DF23.2, DF25.0, DF25.1, DF25.2, DF25.8, 25.9, DF31 inden for de seneste 10 år forud for opgørelsesåret. Ratioen beskriver forholdet mellem dødelighed blandt borgere, der har haft en kontakt i hospitalsvæsenet grundet skizofreni og/eller bipolar lidelse inden for de seneste 10 år og dødeligheden blandt alle borgere i den danske befolkning. Dødelighed opgøres som forholdet mellem antal dødsfald i opgørelsesåret og antal borgere (hvv. borgere med kontakt i hospitalsvæsenet grundet skizofreni/bipolar lidelse og alle borgere i den danske befolkning). Implementering af Sundhedsplatformen i Region Hovedstaden fra og med maj 2016 og i Region Sjælland fra og med ultimo november 2017 kan have indflydelse på opgørelsen. Den røde linje indikerer databrud pga. overgang til LPR3. Det bryder, at sammenligninger af tal for 2019 og frem med tal for 2018 og før skal foretages med ekstra varsomhed.

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet: "Nationale mål for sundhedsvæsenet for 2023", 2023.

Særlige problemstillinger for sektoren

I det følgende beskrives udvalgte, centrale udfordringer på tværs af det samlede psykiatriområde. Udfordringerne tager bl.a. afsæt i Sundhedsstyrelsens og Socialstyrelsens faglige oplæg til en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed fra januar 2022.¹⁰¹

Mangel på sammenhæng

Organiseringen af psykiatriområdet betyder, at ansvaret for borgernes forløb er fordelt mellem regionerne, praksissektoren og kommunerne. Det kan medføre, at der for den enkelte kan være overgange mellem sektorerne. Det faglige oplæg peger på, at en væsentlig udfordring på tværs af det samlede psykiatriområde er mangel på bedre sammenhæng i indsatserne. Forløb på psykiatriområdet er, set i sammenligning med det somatiske område, sjældent lineært med afsluttede faser og veldefinerede sektorskift, men vil ofte være præget af mange og hyppige skift og behov for samtidige indsatser.

En tidligere analyse viser, at ca. en femtedel af de mennesker, der har kontakt til den regionale psykiatri, i samme år også modtager indsatser i kommunerne, og at næsten halvdelen af dem, der modtager indsatser efter serviceloven, har haft kontakt til den regionale psykiatri indenfor en 5-årig periode.¹⁰²

Ifølge det faglige oplæg til 10 årsplan for psykiatrien fra 2022 er det ofte i overgangene mellem sektorer, og når der er flere samtidige indsatser, at systemet bliver svært at navigere i for den enkelte, og det kan være uoverskueligt at holde styr på de mange forskellige behandlere, kontaktpersoner, planer og aftaler.

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

102 Arbejdsgruppe om styring i psykiatrien. "Styringsgennemgang af psykiatrien - delrapportering 1.pdf". Sundheds- og Ældreministeriet, 2018.

Det faglige oplæg peger dertil på, at den samlede indsats for mennesker med psykiske lidelser er udfordret af manglende koordinering, samarbejde og kommunikation på tværs af afdelinger og sektorer, fx mellem anbringelsessteder og botilbud, kommunale forvaltninger, sygehuse, praksissektoren, rusmiddelbehandling, hjemmeplejen, beskæftigelsesområdet og uddannelsessektoren m.v. Der har været igangsat flere initiativer til at understøtte koordinationen på tværs af sektorerne, herunder bl.a. sundhedsaftalerne, koordinationsplaner og udskrivningsaftaler, men der er fortsat ikke en tydelig ansvarsfordeling i opgaveløsningen på tværs af sektorerne.

De almenmedicinske tilbud har en central opgave ift. koordinering og samarbejde både med den regionale psykiatri, øvrige praksissektor og kommuner, men der mangler ifølge det faglige oplæg klarhed over, hvilke målgrupper der hører til praksissektoren, og hvilke der skal behandles i den regionale psykiatri. Der henvises til, at næsten 87 pct. af de praktiserende læger oplever at henvise patienter til psykiatrisk behandling på sygehuset, hvorefter henvisningen i mange tilfælde tilbagehenvises. Der kan være flere årsager til tilbagehenvielse, herunder mangelfulde oplysninger i henvisningen eller at patienten er uden for sygehusets målgruppe. Typisk vil patienter, der tilbagehenvises fra psykiatrisk afdeling, blive henvist til praktiserende speciallæge i psykiatri, hvor der opleves lang ventetid.

En særlig udfordring er ifølge det faglige oplæg samarbejdet mellem socialpsykiatrien og den regionale psykiatri. Der har været igangsat flere initiativer til at understøtte koordinationen på tværs af sektorerne, herunder bl.a. sundhedsaftalerne, koordinationsplaner og udskrivningsaftaler, men der er fortsat ikke en tydelig ansvarsfordeling i opgaveløsningen på tværs af sektorerne. Den regionale psykiatri oplever problemer med mangel på de rette tilbud til borgerne i socialpsykiatrien, manglende kapacitet ift. botilbud og bostøtte, og deraf udfordringer med lange ventetider og manglende gennemsigtighed og uklar organisering i kommunerne. Kommunerne oplever, at patienter udskrives tidligere fra den regionale psykiatri, hvilket fører til øget efterspørgsel på og krav til de kommunale indsatser, og udfordringer med kapacitet og rekruttering af medarbejdere i kommunerne. Yderligere oplever regionerne uensartet praksis i kommunerne. Desuden oplever kommunerne, at flere patienter udskrives med kort varsel og uden kommunens vidende. Det faglige oplæg peger på, at udfordringer med manglende samarbejde og koordinering ofte skyldes, at der ikke findes formaliserede samarbejds- og kommunikationsveje, og at de forskellige fagområder ikke understøtter hinanden.

For mennesker med psykiske lidelser vil indsatsen i socialpsykiatrien ofte involvere en lang række forskellige aktører, og der skal ofte samarbejdes med øvrige kommunale indsatser og tilbud på tværs af beskæftigelsesområdet, børne- og familieområdet, skole- og dagtilbudsområdet, sundhedsområdet, ældreområdet, misbrugsområdet og relevante aktører i civilsamfundet.

Opdeling mellem somatikken og psykiatrien

Mennesker med psykiske lidelser har gennemsnitligt en markant øget forekomst af somatisk sygdom fx hjertekarsygdomme, type-2 diabetes m.v. sammenlignet med resten af befolkningen. Samtidig er der en markant overdødelighed for især mennesker med svære psykiske lidelser og med samtidige komplekse sociale problemer, fx samtidigt misbrug, tidligere anbragte og hjemløse, som lever op til ca. 15 år kortere end resten af befolkningen. Der er desuden øget forekomst af risikofaktorer for udvikling af somatisk sygdom og underdiagnosticering og mindre effektiv behandling af både psykisk lidelse og somatisk sygdom. Overdødeligheden kan i nogen grad forklares af eksterne årsager (selvmord, mord og ulykker), men størstedelen af de tabte leveår skyldes overdødelighed som følge af somatisk sygdom.

Somatisk sygdom kan være med til at komplicere forløb og medføre mange kontakter og indsatser i forskellige dele af sundhedsvæsenet. Samtidig forstærker psykiske og somatiske sygdomme hinanden, så patientens ene sygdom påvirker forløb og konsekvenser af den anden sygdom, hvilket kan ses som en form for 'ond cirkel'. Mennesker med psykiske lidelser oplever, at de mødes med usikkerhed og fordomme. Det faglige oplæg peger på, at stigmatiseringen finder sted i alle dele af samfundet, herunder når mennesker med psykiske lidelser møder fagpersoner i social- og sundhedssektoren. Utilstrækkelig viden og kompetencer ift. psykiske lidelser kan påvirke fagpersoners holdning og tilgang til mennesker med psykiske lidelser og medvirke til ulighed i sundhed. Det faglige oplæg peger på, at mennesker med psykiske

lidelser stigmatiseres i det somatiske sundhedsvæsen, så fx fysiske symptomer forveksles med eller tolkes som symptomer på den psykiske lidelse, eller at en psykiatrisk diagnose i journalen har betydning for personalets holdning til og samarbejde med den enkelte.

Samarbejdet mellem psykiatri og somatik er vigtigt, men det er ikke alle steder tilstrækkeligt. Det faglige oplæg peger på, at der kan være udfordringer med at sikre integration af behandlingen på tværs af psykiatriske og somatiske afdelinger, men også med at sikre en tilstrækkelig opmærksomhed på de somatiske sygdomme i de sociale indsatser fx på botilbud og i bostøtten. Sammenholdt med at denne gruppe af patienter med multisygdom har behov for en højere grad af støtte og opfølgning, hvis de skal undgå afbald og forværring af deres sygdom, betyder det samlet set en øget risiko for sygelighed og dødelighed.

Store kapacitetsudfordringer

Den stigende aktivitet på psykiatriområdet og de samtidige kapacitetsudfordringer afspejler sig i udfordringer med at overholde patientrettigheder og forbedre kvaliteten af behandlingen i psykiatrien. Det er derfor essentielt at sikre mest mulig sundhed for de tilgængelige ressourcer og at bringe alle ressourcer og kompetencer i spil til gavn for behandling af den enkelte patient.

Mangel på specialiseret sundhedsfagligt personale, problemer med rekruttering og fastholdelse og utilstrækkelig tværfaglighed, er også en væsentlig udfordring i forhold til at sikre høj kvalitet. Det udgør en barriere for udbygning og opkvalificering af indsatserne. Det er særligt udtalt på afdelinger med svært syge patienter, som fx lukkede eller intensive afsnit, og påvirker dem, som har behov for længerevarende specialiserede og tværfaglige behandlingsforløb. Der er desuden stor variation på tværs af landet i forhold til fordelingen af sundhedsfagligt personale med forskellige kompetencer og med psykiatrisk specialisering, som fx speciallæger i psykiatri, specialpsykologer, specialsygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter, socialrådgivere m.v. Udfordringen med fastholdelse og rekruttering kan bl.a. skyldes manglende prioritering af forskning og faglig udvikling, og dermed mindre prestige på området.

Der ses dog samtidig en stigning i antallet af sundhedsfagligt personale ansat på psykiatriske sygehuse på ca. 30 pct. i perioden fra 2011 til 2021. Udviklingen i antallet af ansatte skal bl.a. ses i sammenhæng med aktivitetsstigningen, ligesom der også er regionale forskelle på mulighederne for fastholdelse og rekruttering.

Det faglige oplæg peger på, at der er potentiale ved at udvikle flere og bedre digitale tilbud på psykiatriområdet. Digitale løsninger kan medvirke til at øge adgangen til støtte og behandling tæt på patient og pårørende. Udover lovende resultater for patienterne, er der også meget der tyder på at færre fagpersoner kan behandle flere patienter. Der er allerede igangsat en lang række digitale indsatser, men der vurderes fortsat at være potentiale for en større brug af digitale tilbud på psykiatriområdet.

Utilstrækkelig kvalitet og kompetencer i indsatsen

Det faglige oplæg peger på, at kvaliteten i både den regionale psykiatri og socialpsykiatrien ikke er på et tilstrækkeligt højt fagligt niveau sammenlignet med indsatsen for mennesker med somatisk sygdom. Hertil kommer, at der inden for sektorerne er tegn på forskellig tilgang til vurdering af borgernes tilstand og levering af indsatser eller diagnosticerings- og behandlingspraksis. Der er således stor variation i de indsatser, der tilbydes, og de baseres ikke i samme grad på ensartede, faglige standarder, som det ses på andre sygdomsområder. I socialpsykiatrien er en forholdsvis høj andel af medarbejderne ufaglærte. Hvis der ses specifikt på døgntilbud på voksenområdet, der henvender sig til borgere med psykiske vanskeligheder, viser opgørelser af uddannelsesniveaet, at ca. 19 pct. af de ansatte har grundskole eller gymnasial uddannelse m.v. som højest fuldførte uddannelse.

Kapitel 4: Det almenmedicinske tilbud

Det almenmedicinske tilbud har i dag en nøgelfunktion i sundhedsvæsenet og fungerer for langt hovedparten af borgerne som den primære kontakt og indgang til sundhedsvæsenet. Det almenmedicinske tilbud varetager en stor og væsentlig opgave i forhold til at behandle, udrede og afklare om borgerne skal henvises videre til det specialiserede sundhedsvæsen.

Kapitel 4 omhandler den nuværende organisering af de almenmedicinske tilbud. Kapitlet indeholder fire hovedafsnit, som hver især beskriver et element af organiseringen. Den første del af kapitlet beskriver den gældende regulering i relevant lovgivning og overenskomsten. Den anden del beskriver de økonomiske vilkår, incitamenter i det almenmedicinske tilbud og kapacitet. Den tredje del beskriver den nuværende opgaveløsning i det almenmedicinske tilbud og særligt relevante udviklingstendenser. Endelig beskriver den fjerde del af kapitlet de problemstillinger og udviklinger, som særligt påvirker og udfordrer de almenmedicinske tilbud.

Regulering og organisering af det almenmedicinske tilbud

Det fremgår af sundhedsloven, at regionerne tilbyder vederlagsfri behandling via alment praktiserende læge, og der indgås overenskomst med Praktiserende Lægers Organisation (PLO) om vilkårene for de alment praktiserende læger. Derudover er det muligt at etablere udbuds- eller regionsklinikker, hvor det er nødvendigt for at sikre lægedækning. I kapitlet bruges "almenmedicinske tilbud" som en samlet betegnelse for alle typer klinikker, som tilbyder almenmedicinsk behandling på vegne af en region.

Det almenmedicinske tilbud er den primære indgang til sundhedsvæsenet for hovedparten af borgerne. Der er ca. 1.700 almenmedicinske klinikker med i alt ca. 3.500 lægekapaciteter.^{103 104} Årligt har ca. 85 pct. af borgerne kontakt til et almenmedicinsk tilbud, svarende til ca. 5,1 mio. borgere.¹⁰⁵ De alment praktiserende læger sender 5,5 mio. henvisninger, som udgør 95,1 pct. af det samlede antal sendte henvisninger fra et almen medicinsk tilbud.¹⁰⁶ Det almenmedicinske tilbuds rolle og funktion i sundhedsvæsenet kan opdeles i tre overordnede funktioner: behandler, gatekeeper og tovholder, jf. boks 4.1.

Det kræver et såkaldt ydernummer for, at en læge kan afregne honorarer med regionen. Ydernumre kan kun ejes af speciallæger i almen medicin og skal enten købes af en læge, som ønsker at afhænde sit eller af regionen, hvis regionen ønsker at oprette et nyt for at udvide den samlede kapacitet. Hvis et ydernummer ikke kan sælges overdrages det til regionen. Som udgangspunkt skal alle ydernumre afsættes til alment praktiserende læger. I områder, hvor det ikke er muligt at afsætte et ydernummer, kan der etableres midlertidige klinikformer udenfor overenskomsten, fx udbuds- og regionsklinikker.

103 BDO. "Kortlægning af udvikling i praksisformer i almen praksis", 2023.

104 eSundhed. "Almen praksis og tilmeldte patienter". eSundhed. u.å

105 Danmarks Statistik, "Lægebesøg". u.å.

106 BDO. "Analyse af udviklingen i opgaveløsningen i almen praksis", 2023.

Boks 4.1

Tre roller og funktioner i det almenmedicinske tilbud

Behandler

Speciallægen i almen medicin er ikke subspecialiseret, men kan med sine almenmedicinske generalistkompetencer varetage den indledende vurdering, udredning og behandling af patienten. Ofte behøver lægen ikke tilse patienten, men kan uddelegere behandlingsansvaret for rutinebehandling til det sundhedsfaglige personale.

Gatekeeper

De almenmedicinske tilbud fungerer som gatekeeperen i mødet med patienten. Hvis det er nødvendigt, sender det almenmedicinske tilbud patienten videre til yderligere behandling eller udredning i det øvrige primære eller sekundære sundhedsvæsen. Gatekeeperfunktionen er helt central i forhold til, at det alene er patienter, som vurderes at have et sundhedsmæssigt behov, der sendes videre til de øvrige dele af sundhedsvæsenet. Ved visitation skal almenmedicinske tilbud bidrage til at sikre en effektiv udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer efter princippet om behandling på rette omsorgsniveau.

Tovholder

Det almenmedicinske tilbud skal som tovholder sikre overblik og sammenhæng i patientens samlede sygdomsforløb. Overblik og sammenhæng skabes bl.a. ved at koordinere og sikre samarbejde og samspil mellem de kommunale indsatser, sygehusbehandling og behandling i egen praksis. Tovholderrollen kan variere på tværs af sektoren og afhængig af patientforløb.

Kilde: Praktiserende Lægers Organisation og Regionernes Lønnings- og Takstnævn. "Overenskomst om almen praksis 2022". 2022.

Lovgivning om de almenmedicinske tilbud i sundhedsloven

Sundhedsloven fastlægger de overordnede rammer for de almenmedicinske tilbud. Det foregår primært gennem bestemmelser om regionernes forpligtigelser overfor borgerne, organisationsformer i almenmedicinske tilbud, samarbejdet mellem almenmedicinske tilbud og det øvrige sundhedsvæsen og gennem bestemmelser om nationale retningslinjer. I det følgende gennemgås en række hovedpunkter i sundhedslovens regulering af almenmedicinske tilbud.

Vederlagsfri behandling

Regionerne har ansvaret for at yde vederlagsfri behandling ved alment praktiserende læger til personer omfattet af sygesikringsgruppe 1. Regionerne yder tilskud til personer omfattet af sygesikringsgruppe 2 til behandling hos alment praktiserende læge med samme beløb, som afholdes for tilsvarende lægehjælp til personer omfattet af sygesikringsgruppe 1, jf. boks 4.2. Personer omfattet af sikringsgruppe 1 er tilmeldt en bestemt læge, og regionen betaler alle udgifter til behandling hos læge eller speciallæge. Personer omfattet af sikringsgruppe 2 er ikke tilmeldt en bestemt læge, men kan frit søge behandling hos læge, og får kompensation tilsvarende det, som behandlingen af en person i sygesikringsgruppe 1 vil koste. Kapitlet fokuserer på sikringsgruppe 1, da langt størstedelen af borgere tilhører denne gruppe.

Boks 4.2

Sygeforsikringens gruppeinddeling**Om sygesikringen**

Alle borgere med bopæl i Danmark har ret til gratis behandling hos en læge gennem sygesikringen. Borgere kan vælge mellem to sikringsgrupper.

Sygesikringsgruppe 1

Borgere i sikringsgruppe 1 er fast tilmeldt én praktiserende læge, og kan modtage gratis behandling. For borgere i sygesikringsgruppe 1 må praktiserende læger kun tage den overenskomstaftalte pris for behandling. 99,8 pct. af befolkningen tilhørte i 2023 sikringsgruppe 1.

Sygesikringsgruppe 2

Borgere i sikringsgruppe 2 er ikke tilmeldt en bestemt læge, men kan frit søge behandling hos alle praktiserende læger. Praktiserende læger fastsætter selv prisen for behandling for patienter i sikringsgruppe 2. Borgere i sygesikringsgruppe 2 skal selv betale forskellen, hvis prisen på behandling overstiger tilskuddet fra regionen. 0,02 pct. af befolkningen tilhørte i 2023 sikringsgruppe 2.

Kilde: Borger.dk: "Sygesikring og sikringsgrupper", u.å.

Frit lægevalg

Personer omfattet af sikringsgruppe 1 kan som udgangspunkt frit vælge en alment praktiserende læge eller klinik inden for en afstand af 15 km fra bopælen. Den sikrede har ret til at vælge mellem mindst to alment praktiserende læger eller klinikker. Er der ikke inden for en afstand af 15 km mindst to læger eller klinikker med åben for tilgang at vælge imellem, skal regionen anvise den sikrede andre lægevalgsmuligheder.

Organisationsformer i almenmedicinske tilbud

Ydernummeret fungerer som en tidsubegrænset kontrakt med regionen om leverancen af almenmedicinske ydelser. Efter bestemmelserne i sundhedsloven og Overenskomst om almen praksis kan kun speciallæger i almen medicin, som virker efter overenskomsten, eje ydernumre. De særlige krav til ejerskab af ydernumre reducerer antallet af mulige aftagere, men sikrer samtidig en lokal forankring af speciallæger, stor kontinuitet i patientrelationer og en ensartethed i almenmedicinske tilbud på tværs af landet. I visse områder af landet kan ydernumre være vanskelige eller umulige at sælge, og så må afhændende læge aflevere ydernummeret tilbage til regionen. Alment praktiserende læger, som ejer egen klinik, har siden 2000 i gennemsnit været aktive i samme klinik i 16,8 år.¹⁰⁷

Gennem de seneste ti år er der foretaget en række lovændringer med det formål at understøtte nye organisationsformer bl.a. med henblik på at sikre bedre lægedækning, jf. boks 4.3. I 2013 åbnede en ændring i sundhedsloven op for nye organisationsformer i almenmedicinske tilbud, bl.a. med det formål at sikre lægedækning i alle egne af landet. Med lovændringen blev det muligt for en alment praktiserende læge at eje op til seks ydernumre, og samtidig blev der åbnet op for at etablere henholdsvis udbuds- og regionsklinikker under særlige betingelser.

Lovændringen i 2013 betød konkret, at regionerne fik mulighed for at etablere udbudsklinikker ved at udbyde driften til private aktører eller etablere og drive regionsklinikker, hvor det ikke er muligt at afhænde et ydernummer til en alment praktiserende læge, som ønsker at praktisere efter overenskomsten. Oprettelsen af regionsklinikker forudsatte, at det først forgæves var forsøgt at udbyde driften til private leverandører med henblik på at etablere en udbudsklinik. Regionsklinikkerne var midlertidige i op til fire år (senere forlænget til seks), hvorefter ydernummeret skulle udbydes igen.

107 Praktiserende Lægers Organisation. "Høj kontinuitet hos den danske familielæge fremmer patienternes sundhed", 2022.

Boks 4.3

Lægedækningstruede områder

Overenskomsten definerer to typer lægedækningstruede områder:

1. Lægedækningstruede områder i henhold til praksisplanen eller overenskomsten. Her kan indgå skønsbaserede vurderinger baseret på lokalt kendskab.
2. Lægedækningstruede områder i henhold til fastlagte kriterier. Her indgår vurderinger af socio-økonomisk sammensætning, forekomsten af midlertidige praksistyper, læger i områdets alder og antal praksishandler pr. kapacitet.

Kilde: Praktiserende Lægers Organisation og Regionernes Lønnings- og Takstnævn. "Overenskomst om almen praksis 2022". 2022.

Reglerne for etablering og drift af regionsklinikker blev igen ændret i 2022 og smidiggjort, så en region nu kan etablere en regionsklinik uden forudgående udbud og drive en regionsklinik uden tidsbegrænsning. Dog på den betingelse, at hvis en alment praktiserende læge ønsker at overtage den regionsdrevne klinik, som har været etableret i mindst fire år, skal regionen indgå aftale om overdragelse inden for rimelig tid. Ved akut opstået lægemangel kan regionerne desuden i en kort periode etablere et midlertidigt almenmedicinsk lægetilbud.

Uanset ændringerne udgør lovgivningen fortsat en monopollignende tilstand, da forsyningen af det almenmedicinske tilbud er forbeholdt alment praktiserende læger, der virker efter overenskomst. Hvis der ikke er alment praktiserende læger, som vil påtage sig opgaven, kan de alternative praksisformer tages i anvendelse i det omfang, det er nødvendigt for at sikre lægedækning.

Lovændringerne i 2013 og 2017 har i et vist omfang givet mulighed for at øge andelen af ansatte læger i almenmedicinske tilbud med det sigte at sikre bedre lægedækning (se afsnit om rekrutteringsgrundlag og udfordringer). Samtidig har ændringen medført, at såkaldte partnerskabsklinikker er blevet mere udbredte. I den type klinik indgår en ejerlæge kontrakt med en privat leverandør om at varetage en større eller mindre del af praksisdriften, hvilket kan skabe tvivl om, hvorvidt det er ejerlægen eller virksomheden, som i praksis har kontrol med ydernummeret.¹⁰⁸

Nationale kliniske retningslinjer

Sundhedsloven forpligter alment praktiserende læger til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med bl.a. nationale faglige retningslinjer. Sundhedsstyrelsen er ansvarlig for at udarbejde de faglige retningslinjer med bidrag fra de faglige selskaber med udgangspunkt i klinisk evidens og bedste praksis. Retningslinjer bruges bl.a. som beslutningsstøtte og vejledning af sundhedspersonale i håndtering af udvalgte kliniske problemstillinger.¹⁰⁹

Overenskomst om almen praksis

Størstedelen af reguleringen af de alment praktiserende læger foregår i den overenskomstaftale, som indgås mellem Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN). Den gældende Overenskomst om almen praksis 2022 er opdelt i henholdsvis en langsigtet udviklingsdel og en reguleringsdel, der omfatter overenskomstperioden 2022-2024.¹¹⁰ Hvor udviklingsdelen beskriver de overordnede mål og visioner for alment praktiserende læger som en del af det sammenhængende sundhedsvæsen, indeholder reguleringsdelen de konkrete bestemmelser i forhold til opgaver, pligter og ansvar og den tilhørende honorering. I overenskomsten aftales også en økonomisk ramme for alment praktiserende læger, som udgør ca. 9,5 mia. kr. i 2023-priser.

108 DR. "Millionkoncern overtager danske lægeklinikker: Lægen dukker sjældent selv op". 2024.

109 Sundhedsstyrelsen. "Nationale Kliniske Retningslinjer – udvalgte anbefalinger til brug i almen praksis", 2019.

110 Praktiserende Lægers Organisation. "Høj kontinuitet hos den danske familielæge fremmer patienternes sundhed", 2022

Boks 4.4

Vedtagelse af overenskomst om almen praksis

Overenskomst om almen praksis (OK22) er en aftale, der beskriver vilkår, opgaver, rammebetingelser, kvalitetsmål m.v. for alment praktiserende læger. Den gældende overenskomst er indgået mellem Praktiserende Lægers Organisation og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og er trådt i kraft den 1. januar 2022.

Overenskomsten genforhandles gerne ca. hvert tredje eller fjerde år på uopsagt grundlag. Når parterne efter en forhandling er blevet enige om en såkaldt Forhandlingsaftale, vil denne blive sendt til godkendelse i Regionernes Lønnings- og Takstnævn og sendt til urafstemning blandt Praktiserende Lægers Organisations medlemmer. Såfremt der opnås enighed om Forhandlingsaftalen vil denne blive implementeret i *Overenskomsten om almen praksis*, som vil blive offentliggjort i en ny udgave.¹¹¹

Kilde: Praktiserende Lægers Organisation. "PLO's vedtægter". 2022.

Ydernummersystemet

Ydernummersystemet anvendes til at regulere udbuddet af almen medicinske ydelser. Sundhedsloven indeholder en række overordnede bestemmelser for ydernummersystemet på det almenmedicinske tilbud, og Overenskomst om almen praksis fastlægger de nærmere vilkår indenfor denne ramme.

Overenskomsten regulerer bl.a. de krav, som stilles til de læger, som vil eje et ydernummer og fungere som alment praktiserende læge, herunder bl.a. autorisationskrav, krav om børneattest og krav om hovedbeskæftigelse med at drive og tage ansvar for egen klinik eller klinikker. Overenskomsten fastslår også, at overholdelse af overenskomsten er ejerlægens ansvar.

Sundhedsloven fastslår, at regionerne fastlægger antallet af ydernumre og den geografiske placering af disse. Ydernummersystemet begrænser dermed antallet af udbydere af almenmedicinske ydelser.

Højestegrænse

I overenskomsten er det aftalt, at der gælder en såkaldt højestegrænse for hvert ydernummer, der fungerer som et slags omsætningsloft på den enkelte praksis. Højestegrænsen pålægges en praksis, hvis den i løbet af et kalenderår har haft en gennemsnitlig udgift pr. patient, som er mere end 25 pct. over gennemsnittet for ydelseshonorarer i regionen. Højestegrænsen indebærer, at klinikken skal tilbagebetale honorarer, der ligger mere end 25 pct. over den gennemsnitlige ydelseshonorarudgift pr. patient i regionen. Højestegrænsen bortfalder, hvis udgiften i to år har ligget under den fastsatte grænse.¹¹²

Køb og salg af ydernumre

Overenskomst om almen praksis og Praktiserende Lægers Organisations vedtægter regulerer i begrænset omfang køb og salg af ydernumre til alment praktiserende læger. Den primære regulering i overenskomsten består af de krav, som stilles til de læger, som vil et eje ydernummer og fungere som alment praktiserende læge, herunder bl.a. autorisationskrav, krav om børneattest og krav om hovedbeskæftigelse i egen klinik eller klinikker.¹¹³ Regionen har udover det ingen formel indflydelse på hvem, der kommer til at eje et ydernummer, når det overdrages. Ved etablering af et nyt ydernummer ("nul-ydernummer") i et område, fx på grund af tilflytning, beslutter regionen tildeling blandt de læger, som har ansøgt om at købe.

¹¹¹ Praktiserende Lægers Organisation. "PLO's vedtægter", 2022.

¹¹² Praktiserende Lægers Organisation og Regionernes Lønnings- og Takstnævn. "Overenskomst om almen praksis 2022". 2022.

¹¹³ Praktiserende Lægers Organisation og Regionernes Lønnings- og Takstnævn. "Overenskomst om almen praksis 2022". 2022.

I forbindelse med videresalg af ydernumre, har Praktiserende Lægers Organisation i deres egne vedtægter fastsat regler for maksimumprisen på, hvad et ydernummer kan koste. Det kaldes også *goodwill*. Goodwill må ifølge vedtægterne ikke overstige 136 pct. af de seneste tre regnskabsårs bruttoindtægt. Op til den grænse er det dermed købers betalingsvillighed, som primært afgør, hvem et ydernummer bliver solgt til.¹¹⁴

Paritetsprincippet

Paritetsprincippet er gældende for aftaler indgået både om de alment praktiserende læger og speciallægehjælp. Når der forhandles overenskomst skal der være enighed mellem begge parter om indholdet af de indgåede aftaler. Paritetsprincippet refererer til princippet om ligestilling og enighed mellem overenskomstens parter. Princippet indebærer, at der i hver region er nedsat samarbejdsudvalg. Samarbejdsudvalget behandler bl.a. spørgsmål om fortolkning og anvendelse af overenskomsten, adfærds- og serviceklager, bestemte tilladelser m.v. Samarbejdsudvalgene består af repræsentanter fra regionerne og Praktiserende Lægers Organisation på henholdsvis regionalt og nationalt niveau.

Overenskomsten om almen praksis forudsætter, at uoverensstemmelser om fortolkning af overenskomst-aftalen, herunder manglende kvalitet, håndteres i samarbejdsudvalget. Det betyder, at både fastlæggelsen af opgaver og afklaring af eventuelle tvister finder sted i et paritetisk rum, hvor partnerne skal være enige om en beslutning. Ifølge regionerne hersker der præcedens i det paritetisk sammensatte Landssamarbejdsudvalg for, at kun grov misligholdelse af overenskomsten kan begrunde en opsigelse. Ved fortsat uoverensstemmelse kan sagen indbringes for en uvildig opmand. Det er dog tids- og ressourcekrævende, og muligheden bringes kun sjældent i anvendelse. Systemet medfører ifølge regionerne, at de har begrænset kompetence til at sanktionere misligholdelse af overenskomsten og i sidste instans bringe samarbejdet med leverandører til ophør.¹¹⁵

Normtal

Overenskomsten regulerer forholdet mellem lægekapaciteter og normtal for alment praktiserende læger. En lægekapacitet er et administrativt instrument til at regulere udbuddet af almenmedicinske ydelser. Det kan defineres som en fuldtidsstilling på 37 timer ugentligt, og en lægekapacitet skal ifølge overenskomsten i udgangspunktet kunne varetage ca. 1.600 tilmeldte gruppe 1-sikrede personer. Der kan knytte sig en eller flere lægekapaciteter til et ydernummer. Antallet af ansatte speciallæger i almen medicin kan maksimalt udgøre halvdelen af antallet af lægekapaciteter tilknyttet en praksis, med undtagelse af klinikker i lægedækningstruede områder. I andre områder kan en kliniker søge samarbejdsudvalget om en undtagelse.

En praksis, der har mere end 1.600 gruppe 1-sikrede tilmeldte pr. lægekapacitet, har som udgangspunkt ret til at lukke for tilgangen af gruppe 1-sikrede. Hvis en praksis har mere end 2.700 patienter tilmeldt pr. lægekapacitet, skal der søges om samarbejdsudvalgets godkendelse af fortsat at have åbent for patienttilgang. I dag har en lægekapacitet i gennemsnit ca. 1.650 personer tilmeldt.

Det betyder, at klinikker med flere behandlingskrævende patienter skal løfte en relativt større opgave end klinikker med færre behandlingskrævende patienter. Der foretages dog en vis differentiering i basis-honoraret for henholdsvis patienttyngde og lægedækningstruede områder (se afsnit om differentieret basishonorar og forskelle i patientgrundlag).¹¹⁶

Praksisformer indenfor overenskomsten

Læger, der ønsker at drive et almenmedicinsk tilbud efter overenskomsten, skal have som hovedbeskæftigelse at drive og tage ansvar for egen klinik/egne klinikker. Ansvar for at overholde overenskomsten ligger hos den læge, der ejer ydernummeret. Overenskomsten regulerer, at alment praktiserende læger kan drive klinik i en af to praksisformer – enkeltmandspraksis eller kompagniskabspraksis. Ved enkeltmands-

114 Praktiserende Lægers Organisation. "PLO's vedtægter", 2022

115 Danske Regioner. "Fremtidens almen praksis – udvikling og nye rammer", 2023.

116 DSAM-bestyrelsen. "Fremtidens familielæge: Et holdningspapir fra DSAM". Dansk Selskab for Almen Medicin, 2023.

praksis forstås en praksis, der drives af én læge eller ét alment lægeselskab uden fællesskab med andre læger om patienter og økonomi. Ved kompagniskabspraksis forstås en praksis, der drives af to eller flere læger og/eller almene lægeselskaber, der har fælles patientkreds, økonomi, lokaler og personale.¹¹⁷

Begge praksisformer kan fungere som enten såkaldt samarbejdspraksis eller netværkspraksis. I samarbejdspraksis deler flere praksis helt eller delvist lokaler og personale. I netværkspraksis deler flere klinikker helt eller delvist personale og/eller klinikudstyr. Den konkrete fordeling af praksistyper i dag udfoldes i afsnittet Udvikling af praksistyper i almenmedicinske tilbud.

Regulering af indsamling og anvendelse af data

Gennem en årrække var aftaler om udvikling af IT-systemer, data og anvendelsen af data hos alment praktiserende læger henlagt til overenskomsten. Siden igangsættelsen af bl.a. Program for almen praksis i 2018, som parterne og staten står bag, er det ændret. Der er udviklet en række digitale løsninger, herunder digitale forløbsplaner og MinLæge-app'en, som en stor del af befolkningen benytter, ligesom de alment praktiserende læger fx deler patienters aftaler og stamoplysninger på lige fod med regioner og kommuner. Der er i januar 2024 udstedt en bekendtgørelse om indberetning af data fra de alment praktiserende læger til Sundhedsdatastyrelsen og etableret en indberetningsløsning, som skal sikre tværsektoriel anvendelse af data fra det almenmedicinske tilbud.

Alment praktiserende læger deler mange typer data til patientbehandling med andre aktører i sundhedsvæsenet, og data skabt af alment praktiserende læger har stor værdi både i patientbehandlingen på tværs af sundhedsvæsenet (primær brug) og til statistiske formål, herunder kvalitetsudvikling (sekundær brug). Der indberettes mange typer data til kvalitetsudvikling til Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), ligesom der er igangsat en indsats for at samle data til kvalitetsudvikling i nationale registre, som fortsat er i gang. Udvidelse og øget detaljeringsgrad for data fra de alment praktiserende læger er et tilbagevendende tema i overenskomstforhandlingerne.

Begge parter i overenskomsten har gennem flere år ønsket at styrke den datadrevne kvalitetsudvikling gennem datafangst og etablering af en fælles kvalitetsmodel, men har haft udfordringer med at blive enige om en konkret model.¹¹⁸ Praktiserende Lægers Organisation har tilkendegivet en vis skepsis overfor central adgang til data til kvalitetsudvikling på klinikniveau, bl.a. med henvisning til bekymring for, at anvendelse, fx i kontrolsammenhæng, kan forringe kvaliteten af de indberettede data og dermed underminere Praktiserende Lægers Organisations egne kvalitetsudviklingstiltag.¹¹⁹ Herudover har Praktiserende Lægers Organisation været tilbageholdende, bl.a. med at dele journalnotater med regionerne, men har nyligt åbnet for at dele journalnotater med andre sundhedsprofessionelle med forbehold for patient-samtykke. Den tilbageholdenhed er blandt andet blevet begrundet med, at det vil underminere eller svække patientens fortrolighed med lægen.¹²⁰

Deling af journalnotater indgår i den politiske aftale om hjemmebehandling mellem regeringen, KL og Danske Regioner. I aftalen er der enighed om at sikre, at sundhedspersonale får hurtig og sikker adgang til flere relevante oplysninger om de borgere, de har i behandling på tværs af sektorer. Det gælder også oplysninger fra de alment praktiserende læger, herunder journalnotater.¹²¹

Det er aftalt i overenskomsten, at alment praktiserende læger skal arbejde med datadrevet kvalitetsudvikling i faglige fællesskaber (klynger), men der er ikke regionalt eller statsligt indblik i data. De data, som indberettes til RKKP, anvendes til kvalitetsudvikling i kvalitetsklyngerne gennem Kvalitet i Almen Praksis (KiAP). Disse kvalitetsdata på klinikniveau er alene tilgængelige for medlemmerne af klyngerne og Praktiserende Lægers Organisation.

117 Praktiserende Lægers Organisation og Regionernes Lønnings- og Takstnævn. "Overenskomst om almen praksis 2022", 2022.

118 Danske Regioner. "Oplæg til forhandling af ny overenskomst om almen praksis 2016-2017", 2016.

119 Larsen, Klaus. "PLO: Lovændring truer vores kvalitetsdata". *Ugeskriftet.dk*. 2024.

120 Skadborg, Jørgen. "Masser af digital udvikling i almen praksis". *Lægeforeningen*, 2023.

121 Regeringen, KL, og Danske Regioner. "Aftale om 500 mio. kr. til mere behandling i eget hjem", 2023.

De alment praktiserende læger blev i 2023 pålagt at indberette data til statistiske, styringsmæssige og videnskabelige formål, men da den tekniske infrastruktur endnu ikke er på plads, er det i dag ikke muligt at monitorere og vurdere kvaliteten af behandlingen på tværs af klinikker.

Organiseringen af almenmedicinske tilbud i andre lande

Der er betydelige nationale forskelle i organiseringen, styringen og finansieringen af almenmedicinske tilbud. Tabel 4.1 nedenfor giver et overblik over almenmedicinske tilbud på tværs af de nordiske lande og England.

Ligesom i Danmark honoreres almenmedicinske tilbud i Norge, Sverige og England med en blanding af forskellige afregningsformer. Blandingsmodellen skal sikre en balance i incitamenterne ved de forskellige afregningsformer. Basishonorering og/eller fastløn giver økonomisk incitament til at omkostningsminimere og til at yde et populationsansvar i form af økonomisk rentable forebyggelsesinitiativer.

Derimod giver ydelses- og/eller resultathonorering incitament til at øge behandlingsaktiviteten og -kvaliteten. Der er betydelige forskelle på tværs af landene i blandingsforholdene. Almenmedicinske tilbud i Norge og Danmark er primært ydeshonoreret, mens basishonorering udgør den største del af omsætningen i England og Sverige. Ejerskabsforholdene er også forskellige på tværs af landene, hvilket kan have betydning for, om lægerne har et direkte økonomisk incitament til at respondere på honoreringen. I Danmark, Norge og England er alment praktiserende læger primært ejere af praksis, mens lægerne i Sverige primært er fastlønnede ansatte.¹²²

Tabel 4.1

Sammenligning af almenmedicinske tilbud i Danmark og sammenlignelige lande

	Danmark	Sverige	Norge	England
Myndighedsansvar	Regioner	Regioner (Län)	Kommuner	ICS/ICB (under NHS)
Læger pr. 1000 indbygger	4,3	4,3	5,1	3
Alment praktiserende læger pr. 1000 indbygger	0,81	0,62	0,87	0,77
Andel BNP på sundhed	10,9	11,28	10,1	11,9
Andel almenmedicinske tilbud af samlede sundhedsudgifter	14 pct.	14 pct.	13 pct.	12 pct.
Leverandørtype	Hovedsageligt små private erhvervsdrivende	60 pct. offentlige og 40 pct. private erhvervsdrivende*	Flest små private erhvervsdrivende og nogle offentligt ansatte	Hovedsageligt små private erhvervsdrivende
Aftalesystem	Overenskomst	Overenskomst	Overenskomst	Overenskomst
Andel af omsætning fra basishonorering	Basishonorering udgør ca. 40% og er risikojusteret	Basishonorering udgør ml. 70-98% og er risikojusteret	Basishonorering udgør ca. 30% og er ikke risikojusteret	Basishonorering udgør ca. 60% og er risikojusteret.

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

	Danmark	Sverige	Norge	England
Direkte økonomisk incitament til lægen	Ja – størstedelen af læger er selvstændige	Nej – lægerne er primært fastlønnede ansatte	Ja – størstedelen af læger er selvstændige	Ja – størstedelen af læger er selvstændige (ca. 27% er ansatte)
Tilskyndelse til aktivitet (ydelseshonorering)	Høj – udgør ca. 60 pct.	Mellem/lav – afhænger af region	Høj – udgør ca. 70 pct.	Mellem/lav – ca. 15 pct.
Brugerbetaling på lægebesøg i almenmedicinske tilbud	Nej – ydelsesspecifikt (attest, vaccination, profylakseydelser)	Ja – ca. 100-300 SEK	Ja – ca. 75-320 NOK	Nej – kun for receptudstedelse
Finansiering	Offentlig, minimal brugerbetaling	Offentlig, brugerbetaling op til maksgrænse	Offentlig, brugerbetaling op til maksgrænse	Offentlig, minimal brugerbetaling
Mekanismer til omkostningsreduktion	Ja – betalingsloft for enkelte læger	Ja – rammebudget for primær sundhed i regioner	Nej	Regionalt rammebudget for sundhed
Tilskyndelse til kvalitet (resultataflønning)	Nej	Ja – udgør ca. 0-5 pct.	Nej	Ja – udgør ca. 10 pct.
Brug af praksispersonale	Nogen brug af praksispersonale, ca. 1,1 pr. læge	Mange typer sundhedspersonale ansat i vårdcentraler	Nogen brug af praksispersonale. AP må ikke tage honorar for delegerede ydelser	Stor brug af praksispersonale, ca. 3,5 pr. læge
Konkurrence ml. enheder	Fast læge efter frit valg	Frit valg blandt vårdcentraler	Fast læge efter frit valg	Fast læge efter frit valg
Offentlig adgang til kvalitetsdata	Nej	Ja	Nej	Ja

Anm.: * Private udbydere af almenmedicinske ydelser er både lægedrevne enkeltvirksomheder og større kæder.

Kilde: Honorarstrukturrådet, BDO, Boston Consulting Group, VIVE, Verdensbanken & OECD

Økonomi, incitamenter og kapacitet

I det følgende afsnit beskrives den økonomiske styring og honorarstrukturen og gældende incitamenter. Dernæst beskrives den nuværende kapacitet i og indretning af det almenmedicinske tilbud, som hænger tæt sammen med de økonomiske vilkår og incitamentsstrukturen.

Økonomisk ramme for de alment praktiserende læger

Det offentlige forbrug på de alment praktiserende læger var 10,5 mia. kr. i 2023 svarende til en årlig udgift pr. borger på ca. 1.800 kr. Den gennemsnitlige offentlige udbetaling pr. lægekapacitet beskæftiget i det almenmedicinske tilbud udgør ca. 3 mio. kr. årligt.

Offentlige udgifter til de alment praktiserende læger kan deles op i to. Den ene del er en økonomisk ramme aftalt i overenskomsten, som i 2023-priser udgjorde ca. 9,5 mia. kr. årligt.¹²³ Som beskrevet ovenfor, er den økonomiske ramme fleksibel, idet der kan tilføres midler til rammen ved overenskomstforhandlingerne. Den økonomiske ramme gælder kollektivt for de praktiserende læger med tilhørende automatiske mekanismer for modregning, som skal sikre, at rammen overholdes. De alment praktiserende læger skal dermed prioritere deres aktivitet indenfor rammen, så ressourcerne udnyttes bedst muligt i forhold til at sikre borgerne lægeydelser af høj kvalitet. Formålet er bl.a. at understøtte effektiv økonomistyring på området og give den enkelte region sikkerhed for den årlige aftaleøkonomi. Rammen er øget med knap 100 mio. kr. i den seneste overenskomst fra 2022 for at modsvare den forventede befolkningstilvækst over overenskomstperioden. Ligeledes er der med overenskomsten fra 2018 afsat ekstra midler til, at de alment praktiserende læger kan opbygge større kapacitet ved at ansætte mere personale.

Den anden del af de offentlige udgifter er de ydelser, som ikke indgår i overenskomsten, og derfor ikke er omfattet af den nationale økonomiske ramme og højstegrænse. Det er bl.a. de ydelser, som aftales lokalt (indgået i regi af sundhedsaftaler eller praksisplaner) og i profylakseaftalen. Disse ydelser medførte en offentlig udgift på ca. 0,5 mia. kr. i 2023. De alment praktiserende læger kan også levere ydelser uden tilskud, som borgeren betaler for. Det kan fx være lægeattester og visse vaccinationer.

Den aftalte modregningsmekanisme udløses, hvis de årlige udgifter til de alment praktiserende læger overstiger den aftalte ramme med mere end 0,6 pct. De praktiserende læger hæfter kollektivt for overskridelser, og det indebærer, at honorarerne for alle praktiserende læger, der virker i henhold til overenskomsten nedreguleres i det efterfølgende år. Modregning skal kompensere for den samlede forskel mellem den afsatte ramme og de regionale udgifter, så den fulde overskridelse udover 0,6 pct. tilbagebetales. Hvis overskridelsen et enkelt år er mindre end 0,6 pct. iværksættes der ikke modregning, med mindre det sker igen det følgende år. For at sikre overholdelse af den økonomiske ramme har Praktiserende Lægers Organisation og regionerne aftalt løbende informationsudveksling, fx i form af udgiftsopgørelser, vejledninger til de praktiserende læger om prognosen for det aktuelle udgiftsniveau set i forhold til den økonomiske ramme, og om de aftalte konsekvenser af en overskridelse af den økonomiske ramme.

I 2023 overskred de alment praktiserende læger sin årlige ramme med 1,7-2,3 pct., svarende til mellem 176-216 mio. kr. Det var første gang siden 2011, at rammen blev overskredet, og mekanismen til modregning af honorar i det følgende regnskabsår trådte i kraft. Regionernes Lønnings- og Takstnævn eftergav i den forbindelse 56 mio. kr. udover den eksisterende ramme for at sikre behandling af ikke-akutte patienter i indeværende år.

Incitament

Honorarstrukturen

Overenskomst om almen praksis danner rammen om samarbejdet mellem regionerne og de alment praktiserende læger om at sikre befolkningen adgang til almen medicinsk lægehjælp. Et centralt element i overenskomsten er honorarstrukturen.

Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende Lægers Organisation nedsatte i marts 2022 Honorarstrukturrådet til at udarbejde nye honorarmodeller. Opdraget var, at indrette en mindre kompleks honorarstruktur og tilpasse incitamenterne til at understøtte tværsektorielt samarbejde og behandlingen af patienter med størst behov.

123 Praktiserende Lægers Organisation og Regionernes Lønnings- og Takstnævn. "Overenskomst om almen praksis 2022", 2022.

I sin afrapportering peger Honorarstrukturrådet på, at den nuværende honorarstruktur er resultatet af en lang række tilpasninger og justeringer af den oprindelige model for honorering af alment praktiserende læger.¹²⁴ Disse tilpasninger afspejler parternes historiske prioritering af hvilke opgaver, man har ønsket, at de alment praktiserende læger skal varetage og prioritere. Honorarstrukturrådet fremhæver to historiske forhold, som spiller ind på tænkningen om honorering af de praktiserende læger.

Det første er den oprindelige honorarmodel, som udspringer af den rolle, som sygekasserne spillede i datidens sundhedsvæsen. Sygekasserne blev i slutningen af 1800-tallet en tredjepart i den hidtidigt enkle relation mellem den betalende patient og den behandlende læge. I starten refunderede sygekasserne en del af omkostningen ved lægebehandling til patienten, men efterhånden gik betalingen direkte til lægen fra sygekasserne. Således opstod den væsentlige relation mellem lægen og den ansvarlige myndighed, som omhandler afregning af honorarer. Aftalerne med lægerne og sygesikringen udviklede sig gradvist til at omfatte stadig flere forhold for eksempel praksisregulering, planlægning, krav til service og kvalitet.

Det andet forhold udspringer af regionernes etablering som følge af strukturreformen i 2007 og medfølgende ændringer i sundhedsloven, som markant ændrede relationen mellem de alment praktiserende læger og den ansvarlige myndighed. Hvor amterne tidligere gav fuldt tilskud til patienternes behandling hos praktiserende læger med ydernummer, blev det med ændringen af sundhedsloven fastsat, at regionsrådet har ansvar for at tilvejebringe og sikre tilbud om behandling hos praktiserende sundhedspersoner. Den eksisterende relation mellem lægen og den ansvarlige myndighed ændrede sig fra at være en afregningsfunktion til at blive en entreprenørfunktion, som leverer et almenmedicinsk tilbud til befolkningen. Overenskomstaftalen har derfor udvidet sig til at omhandle kvalitets- og servicekrav, driftsrammer foruden honorarstrukturen.

Honorarstrukturrådet vurderer overordnet, at den nuværende honorarstruktur i høj grad bærer præg af sine refusionsbaserede historiske rødder, og derfor har et uhensigtsmæssigt stort fokus på enkeltstående aktiviteter og den tilhørende honorering. Konsekvensen bliver, at mange af de nye, ikke-enkeltstående ydelser som fx tovholderfunktionen, som der stilles krav til i den nuværende overenskomstaftale ikke prioriteres tilstrækkeligt.

Det fremgår af overenskomsten, hvilke sundhedsydelser de praktiserende læger skal levere, hvilke servicekrav og hvilket honorar, der gives for de konkrete ydelser. Den nuværende honorarstruktur er baseret på, at ca. 40 procent af den samlede økonomi i de alment praktiserende læger udgøres af et fast basishonorar opgjort efter antal tilmeldte patienter, og ca. 60 procent er aktivitetsbaseret honorar fordelt på enkelt-ydelser. Der er ikke et eksakt aftalt overblik over, hvilke opgaver basishonoraret dækker over. Alment praktiserende læger udfører flere hundrede forskellige enkelt-ydelser, der alle udløser forskellige honorarer, som til sammen udgør det samlede aktivitetsbaserede honorar.

Honorarstrukturrådet konkluderer, at den nuværende honorarstruktur ikke udgør en tidssvarende, sammenhængende og konsistent ramme for honoreringen af alment praktiserende læger i et sammenhængende sundhedsvæsen.

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

Boks 4.5

Kronikerhonoraret

I overenskomsten om almen praksis fra 2018 blev der indført et kronikerhonorar, som øger lægernes basishonorar for patienter med type 2-diabetes og/eller patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). Kronikerhonoraret erstatter således den aktivitetsbaserede ydelseshonorering for denne patientgruppe med et fast månedligt honorar. Formålet med ordningen for visse patienter med kronisk sygdom er, at de i højere grad følges og behandles i de alment praktiserende læger frem for på hospitalsambulatorierne, dvs. honoraret skal motivere den praktiserende læge til at styrke sin indsats for de pågældende patienter. I 2018 blev 30 pct. af patientgruppen overflyttet til ordningen, og i de seneste tal fra 2021 var 63 pct. af patientgruppen blevet overflyttet til ordningen. Størstedelen af denne stigning er dog sket fra 2018 til 2020, mens udviklingen har været relativt begrænset fra 2020 til 2021 med en stigning på 3 procentpoint. Aftalen forudsatte, at alle patienter, der er diagnosticeret med type 2-diabetes og/eller KOL, og som er tilmeldt en klinik, overflyttes til det nye honorar.

Erfaringer med kronikerhonoraret

Et studie har undersøgt effekten af indførelsen af kronikerhonoraret for diabetespatienter fra 2016-2020. Studiet viser, at patientgruppens samlede antal kontakter (almindelig-, e-mail- og telefonkonsultationer m.v.) faldt med ca. 2 pct., og imod forventningen at det samlede antal tillægsydelse (som fortsat er aktivitetshonoreret) faldt med 4 pct. Tillægsydelser (urin-sticks, blodprøver og influenzavaccinationer) er væsentlige for monitoreringen af patienter med diabetes. Det kan skyldes, at de færre kontakter til patienten reducerer anledningen til tillægsydelser. Endvidere viser studiet, at faldet i aktivitet er størst for patienter med høj sygelighed. Det kan ikke konkluderes på baggrund af studiet, hvorvidt faldet i aktivitet er hensigtsmæssigt for patientens behandling eller ej, men det underbygger teoretiske forventninger om, at en højere grad af basishonorering reducerer aktivitet i de alment praktiserende læger.¹²⁵

Incitamentsstrukturen bag kronikerhonoraret er tvivlsom ud fra et økonomisk perspektiv. Det forhøjede basishonorar kan tilskynde lægerne til kun at overflytte de mindre syge kronikere til ordningen, og fastholde de mest syge kronikere i aktivitetshonoreringen, hvormed den største omsætning genereres for begge grupper. Honorarstrukturrådet anbefaler bl.a. på denne baggrund, at kronikerhonoraret afskaffes, og at tilskyndelsen til populations- og behandlingsansvar i stedet videreføres gennem en række alternative faste honorartyper.¹²⁶

Kilder: Honorarstrukturrådet, 2023: 32-33, Skovsgaard, C.V., Kristensen, T., Pulleyblank, R. and Olsen, K.R., 2023. Increasing capitation in mixed remuneration schemes: Effects on service provision and process quality of care. *Health Economics*.

Honorarstrukturen bidrager, i samspil med den faste patientnorm, til den nuværende udfordring med at besætte ydernumre i områder, hvor patienter har et større behov for sundhedsydelser. De almenmedicinske tilbud i disse områder skal løfte en relativt større opgave, men vil også være mindre økonomisk rentable end i andre områder. Den gennemsnitlige konsultationstid for patienter med en dårlig sundhedstilstand er længere, men udløser det samme honorar som en kortere konsultation. Lægen vil kunne se færre patienter på en dag, hvilket resulterer i en lavere indtjening.

Motivation blandt læger i almenmedicinske tilbud

Sundhedspersoner i de almenmedicinske tilbud reagerer på både ydre og indre motivationsfaktorer. For så vidt angår de ydre motivationsfaktorer er det velbelyst, at vægtningen mellem honoreringsformer kan medføre forskellige resultater for adfærden blandt læger i almenmedicinske tilbud. Den nuværende aktivitetsbaserede honorarstruktur giver således økonomiske incitamenter til høj produktivitet og stor patientgennemgang, mens den ifølge Honorarstrukturrådet ikke i tilstrækkeligt omfang tilgodeser behand-

125 Skovsgaard, Christian Volmar, Troels Kristensen, Ryan Pulleyblank, og Kim Rose Olsen. "Increasing Capitation in Mixed Remuneration Schemes: Effects on Service Provision and Process Quality of Care". 2023. *Health Economics* 32, nr. 11 (november 2023): 2477-98.

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

lingen af komplekse patienter og tværsektorielt samarbejde. Honorarstrukturen er primært et værktøj til at skabe økonomiske incitamenter til politisk ønsket adfærd hos lægerne i almenmedicinske tilbud, men den påvirker også lægers adfærd ved at appellere til deres prosociale motivation, bl.a. igennem den medfølgende kommunikation fra Praktiserende Lægers Organisation og regionerne til lægerne om overenskomstens indsatsområder, formål og overordnet om det almenmedicinske tilbuds rolle i sundhedsvæsenet. Generelt anvendes økonomiske incitamenter i langt højere grad end andre typer motivationsfaktorer, som kun anvendes i begrænset omfang.¹²⁷

Differentieret basishonorar

I dag giver overenskomsten mulighed for et begrænset differentieret basishonorar for læger beliggende ud fra to forskellige modeller. Den første tager udgangspunkt i lægedækningstruede områder, og den anden tager udgangspunkt i patienttyngden i det givne område. Der er afsat ca. 60 mio. kr. årligt til denne ordning, svarende til ca. 0,6 pct. af den samlede ramme til alment praktiserende læger.

Den første model indebærer, at der gives tilskud til læger, der nedsætter sig i lægedækningstruede områder. Vurderingen af, om et område er lægedækningstruet, er baseret på kriterier om bl.a. andel af borgere, som er dækket af midlertidige klinikformer, socioøkonomisk status og andelen af læger i almenmedicinske tilbud i området, som er tæt ved pensionsalderen. Der udbetales gennemsnitligt 72.000 kr. pr. læge i den model. Den anden model indebærer, at der gives tilskud til læger, som har klinik i områder med særlig høj patienttyngde. Områderne defineres ud fra en statistisk model, som estimerer sammenhængen mellem sygelighed i et område og forbruget af sundhedsydelser. Der kan maksimalt udbetales 100.000 kr. pr. lægekapacitet i den model.¹²⁸

Kapacitet og indretning af de almenmedicinske tilbud

Med en lovændring i 2013 introducerede Folketinget mulighed for at etablere nye og midlertidige praksisformer. Nye praksisformer dækker over partnerskabsklinikker og læger med flere ydernumre, og midlertidige praksisformer dækker over udbudsklinikker og regionsklinikker. De midlertidige praksisformer adskiller sig fra både de nye og traditionelle praksisformer ved, at de ikke ejes af alment praktiserende læger, men drives af regionalt- eller privatansatte læger. Disse kliniktyper findes typisk i områder, hvor der ikke kan afsættes et ydernummer til en alment praktiserende læge.

Udvikling af praksistyper i almenmedicinske tilbud

Historisk har driften af almenmedicinske tilbud ændret sig fra primært at være drevet i enkeltmandsklinikker til i dag i højere grad at være drevet i kompagniskaber. I 1977 var 73 pct. af lægepraksis solo-klinikker mod 27 pct. i kompagniskaber. I 2022 drives 59 pct. af klinikkerne som kompagniskabspraksis, delepraksis og partnerskabspraksis m.v. mod 41 pct. i solopraksis. Udviklingen fra solo- til kompagniskabspraksis har været gradvis over den 45-årige periode, dog med et hop i perioden 2017-22, jf. figur 4.1. Ligeledes er antallet af patienter tilknyttet kompagniskabspraksis steget, jf. figur 4.2.

I dag er de mest udbredte praksisformer kompagniskaber, rene solopraksis og solopraksis, som indgår i en samarbejdspraksis (herefter "solo med samarbejde"). Samlet er 66 pct. af patienterne tilknyttet kompagniskabspraksis, mens 22 pct. er tilknyttet en af solopraksis-formerne. Kun ca. 1,4 pct. af alle patienter er tilknyttet en alternativ praksisform, jf. tabel 4.3.

¹²⁷ Honorarstrukturrådet for almen praksis. "Forenkling og faglighed med fokus på patienten: Forslag til en ny honorarstruktur i almen praksis", 2023.

¹²⁸ Danske Regioner. "Ordning vedrørende differentieret basishonorar til praktiserende læger", 2018.

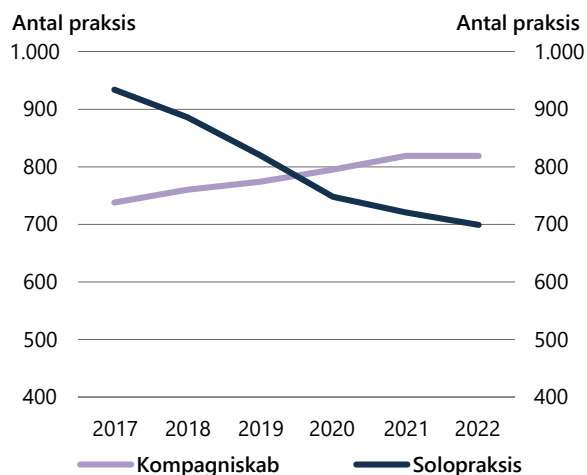
Tabel 4.2

Praksisformer i almenmedicinske tilbud

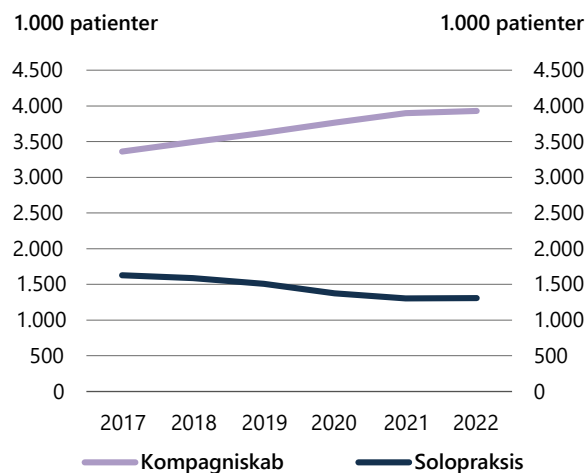
	Praksisform	Beskrivelse	Regelgrundlag
Traditionelle praksisformer	Enkeltmand (solopraksis)	En klinik, som ejes og drives af én læge uden fællesskab med andre læger om patienter og økonomi.	Overenskomsten, §9, stk. 1, a
	Kompagniskab	En klinik, som ejes og drives af flere læger, der deler patientkreds, økonomi, lokaler og personale.	Overenskomsten, §9, stk. 1, b
	Samarbejdspraksis	En klinik, der ejes af en læge med egen patientkreds, men hvor der er et samarbejde med andre læger om lokaler og/eller personale.	Overenskomsten, note til §9, stk. 1
	Delepraksis	Når særligt hensyn tilgodeses ved, at der optages en ekstra læge som delekompagnon eller ansat praktiserende læge.	Overenskomsten, §13
Nye praksisformer	Læger med flere ydernumre	En klinik ejet af en eller flere læger, som har ret til at eje op til seks ydernumre og drive flere praksis.	Sundhedsloven §227, stk. 2
	Partnerskabsklinik	En klinik, hvor ydernummeret ejes af en speciallæge i almen medicin, som har indgået kontrakt med en privat leverandør om praksisdriften.	Overenskomsten, kapitel 4
Midlertidige praksisformer	Regionsklinik	En klinik, som etableres af regionen som et midlertidigt tilbud i op til 6 år, og som drives af regionen.	Sundhedsloven §227, stk. 5
	Udbudsklinik	En klinik, som er udbudt af regionen, og hvor en privat leverandør driver klinikken efter kontrakt med regionen.	Sundhedsloven §227, stk. 3

Kilde: BDO: "Kortlægning af udvikling i praksisformer i almen praksis", 2023.

Figur 4.1
**Udvikling i antal praksis:
 kompagniskaber og solopraksis: 2017-2022**



Figur 4.2
**Udvikling i patienter tilknyttet hhv.
 kompagniskaber og solopraksis: 2017-2022**



Anm.: Note: Sundhedsdatastyrelsen. Aktive almen praksis (ydernumre) i yderregisteret 1. januar i perioden 2017-2022. N=9.476 registreringer af praksis og 30.669.017 registreringer af patienter. Figureerne indeholder data for kompagniskaber og samlet for solopraksis –dvs. solopraksis med og uden samarbejde.

Kilde: BDO pba. Yderregisteret, Sygesikringsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Udbredelsen af praksisformerne varierer på tværs af landet. Tabel 4.3 nedenfor viser en opgørelse over fordelingen af hver praksisform (ydernumre) fordelt på regionerne i absolut antal og andel af praksis i den enkelte region. Kompagniskabspraksis er mest udbredt i Region Midtjylland og Syddanmark (53-57 pct.), mens de er mindst udbredt i Region Hovedstaden, Sjælland og Nordjylland (41-45 pct.). Modsat er solopraksis mest udbredt i Region Hovedstaden (51 pct.) og mindst udbredt i Region Midtjylland og Syddanmark (30-32 pct.).

Nye og midlertidige praksisformer (partnerskabs-, udbuds- og regionsklinikker) repræsenterer en mindre andel af det totale antal almenmedicinske tilbud med 92 klinikker – svarende til ca. 5 pct. af de i alt 1.694 klinikker. Den type praksisformer dækker over kliniktyper, der ikke drives af en ejerlæge eller sammenlutning af ejerlæger, men af regionen (regionsklinik), af private aktører (udbudsklinik) eller af en læge, som ejer flere ydernumre, eller hvor lægen kun ejer et enkelt ydernummer, men hvor lægen har indgået en aftale med en privat aktør (partnerskabsklinik inkl. §227 stk. 2-klinikker). De øvrige praksisformer er mest udbredt i Region Nordjylland og Region Sjælland. Partnerskabsklinikker er den største gruppe af de øvrige praksisformer med 59 klinikker, og er mest udbredt i Region Syddanmark med 18 klinikker. Halvdelen af landets 24 udbudsklinikker befinder sig i Region Sjælland, mens de er helt fraværende i Region Hovedstaden. Regionsklinikker er mest udbredt i Region Nordjylland og Region Sjælland.

Udbredelsen af praksisformerne varierer på tværs af landet. Tabel 4.4 nedenfor viser en opgørelse over fordelingen af hver praksisform (ydernumre) fordelt på regionerne i absolut antal og andel af praksis i den enkelte region. Kompagniskabspraksis er mest udbredt i Region Midtjylland og Syddanmark (53-57 pct.), mens de er mindst udbredt i Region Hovedstaden, Sjælland og Nordjylland (41-45 pct.). Modsat er solopraksis mest udbredt i Region Hovedstaden (51 pct.) og mindst udbredt i Region Midtjylland og Syddanmark (30-32 pct.).

Tabel 4.3

Praksisform opgjort på antal praksis og tilmeldte patienter (2022)

Praksistype	Antal praksis	Andel af praksis (pct.)	Antal patienter (i 1.000)	Andel af patienter (pct.)
Kompagniskab	802	47	3.856	66
Solo uden samarbejde	517	31	972	17
Solo med samarbejde	162	10	287	5
Delepraksis	121	7	458	8
Partnerskabsklinik	59	3	189	3
Udbudsklinik	24	1	68	1
Regionsklinik	9	1	21	0,4
Samlet	1694	100	5.850	100

Anm.: N=1694

Kilde: BDO pba. Yderregisteret, Sygesikringsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Nye og midlertidige praksisformer (partnerskabs-, udbuds- og regionsklinikker) repræsenterer en mindre andel af det totale antal almenmedicinske tilbud med 92 klinikker – svarende til ca. 5 pct. af de i alt 1.694 klinikker. Denne type praksisformer dækker over kliniktyper, der ikke drives af en ejerlæge eller sammenlutning af ejerlæger, men af regionen (regionsklinik), af private aktører (udbudsklinik) eller af en læge, som ejer flere ydernumre, eller hvor lægen kun ejer et enkelt ydernummer, men hvor lægen har indgået en aftale med en privat aktør (partnerskabsklinik inklusiv §227 stk. 2-klinikker). De øvrige praksisformer er mest udbredt i Region Nordjylland og Region Sjælland. Partnerskabsklinikker er den største gruppe af de øvrige praksisformer med 59 klinikker, og er mest udbredt i Region Syddanmark med 18 klinikker. Halvdelen af landets 24 udbudsklinikker befinder sig i Region Sjælland, mens de er helt fraværende i Region Hovedstaden. Regionsklinikker er mest udbredt i Region Nordjylland og Region Sjælland.

Til trods for regionale forskelle i overgangen til andre kliniktyper er det almenmedicinske tilbud generelt ganske homogent, idet ca. 95 pct. af borgere er tilknyttet en klinik, som virker efter overenskomsten om almen praksis. Det betyder også, at borgere som kunne ønske at vælge en anden type tilbud ikke tilgodeses af den nuværende organisering.

Tabel 4.4

Antal og andel praksis fordelt på praksisformer og region (2022)

Region	Hovedstaden		Midtjylland		Nordjylland		Sjælland		Syddanmark	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Kompagniskab	248	41	198	57	68	44	104	45	184	53
Solo uden samarbejde	227	37	97	28	52	34	80	35	61	17
Solo med samarbejde	86	14	13	4	12	8	5	2	46	13
Delepraksis	39	6	25	7	3	2	15	7	39	11
Partnerskabsklinik	10	2	10	3	11	7	10	4	18	5
Udbudsklinik	0	0	5	1	5	3	12	5	2	1
Regionsklinik	1	0	1	0	4	3	3	1	0	0

Kilde: BDO pba. Yderregisteret, Sygesikringsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen, Sundhedsstyrelsen og BDO (2023)

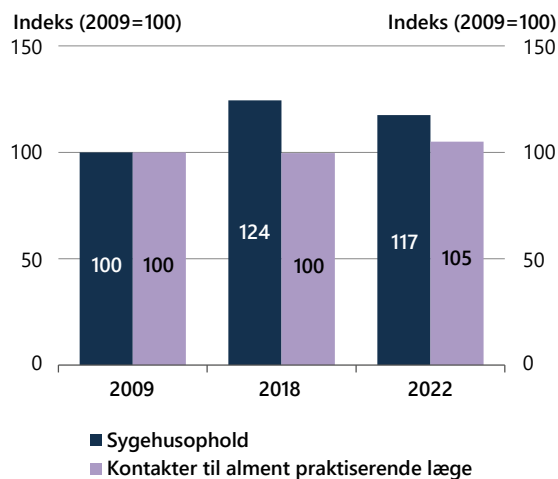
Kontakter til almenmedicinske tilbud

Der var i 2022 ca. 40,6 mio. kontakter til almenmedicinske tilbud. En kontakt defineres som en afregnet ydelse, der udgør en særskilt kontakt mellem borger og behandler. Antallet af kontakter i almenmedicinske tilbud er steget med 5 pct. siden 2009. Det er ca. en tredjedel af den stigning, der har været i antal kontakter på sygehusene, jf. figur 4.3.

En stor del af kontakterne til det almenmedicinske tilbud forbruges af en relativt lille del af patienterne. En analyse viser, at de 10 pct. dyreste patienter i sundhedsvæsenet havde ca. 9,4 mio. kontakter til almenmedicinske tilbud i 2022, hvilket svarer til ca. 23 pct. af de samlede kontakter. Analysen viser også, at det årlige antal af kontakter til almenmedicinske tilbud forventes at stige med ca. 8,1 pct. fra 40,6 til 43,9 mio. fra 2022 til 2035 i et scenarium med uændret opgavefordeling mellem sektorerne. Væksten i kontakter vil primært forekomme i gruppen af ældre over 65 år, og i særdeleshed blandt de ældste ældre over 85 år, hvor antallet af kontakter forventes at stige med 117 pct. Det reelle tidsforbrug på kontakter til både de 10 pct. dyreste patienter og ældre patienter kan være større, end andelen af kontakter angiver, da de patienter typisk vil have mere komplicerede forløb.¹²⁹

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

Figur 4.3
Udvikling i antal sygehusophold og kontakter til den alment praktiserende læge pr. 1.000 borgere, fordelt på sygehuse og alment praktiserende læger, indeks (2009=100)



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

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

Figur 4.4
Udvikling i antal læger på sygehuse og alment praktiserende læger, indeks (2003=100)



Anm.: Indeks = 2003. Bemærk, at figuren er opgjort i antal personer beskæftiget i den pågældende sektor og ikke i fuldtidsbeskæftigede/lægekapaцитeter.

Kilde: OECD Health Statistics, Healthcare Resources.

Udvikling i praksispersonale

Generelt gælder det, at en praksis kan besætte en ledig lægekapaцитet/delekapaцитet med en ansat speciallæge i almen medicin i en fast stilling i stedet for med en kompagnon. Antallet af ansatte læger kan maksimalt udgøre halvdelen af antallet af lægekapaцитeter tilknyttet en praksis. Det gælder dog ikke for praksis beliggende i et lægedækningstruet område i henhold til praksisplanen, eller hvor ejerlægen har erhvervet mere end ét ydernummer.

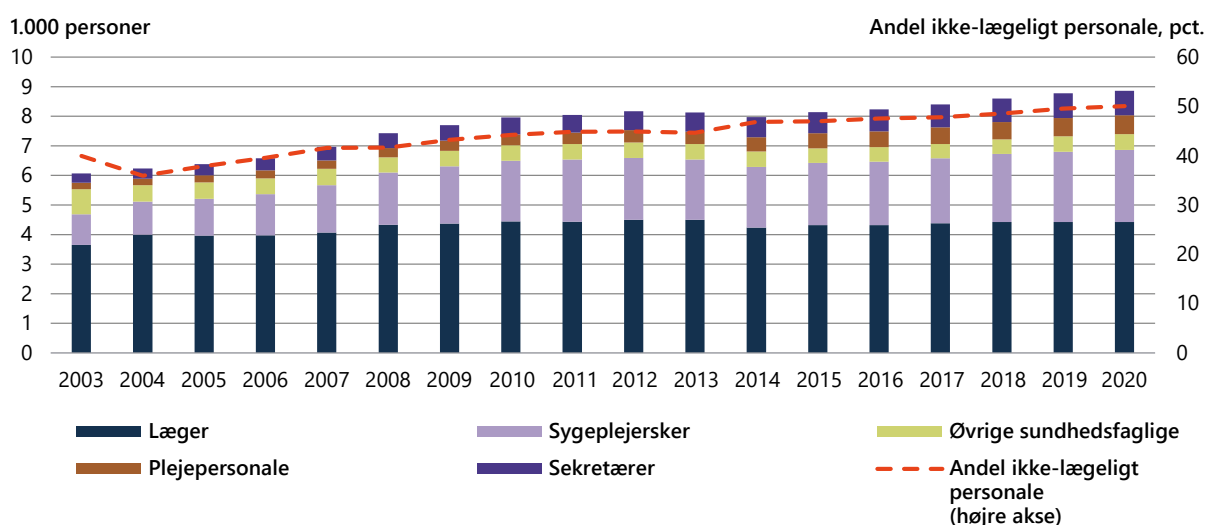
Almenmedicinske tilbud beskæftiger udover speciallæger i almen medicin en række andre sundhedsfaglige personaler som sygeplejersker, lægesekretærer, social- og sundhedshjælpere- og assistenter, øvrige sundhedsfaglige, jordemødre og medicinstuderende. Lægen kan uddelegere opgaver til andre både autoriseret sundhedspersonale og til andet personale uanset uddannelsesmæssig baggrund (fx lægesekretærer og farmakonomer). Delegationen sker under lægens ansvar. Lægen har ansvaret for at sikre rammerne for personalets faglige opgaveløsning. Ydelser takseres ens uanset om det er lægen eller praksispersonale, som leverer ydelserne. Da praksispersonale har en lavere lønramme end lægen, er der et betydeligt økonomisk incitament for lægen til at ansætte personale til at behandle patienter. Samlet set var 3.511 lægekapaцитeter (svarende til en fuldtidsbeskæftiget læge) og ca. 3.900 årsværk af øvrige sundhedsfaglige personalegrupper beskæftiget af de alment praktiserende læger i 2022.

Gennem en årrække har det været en prioritet i overenskomstaftalen at sikre en kapacitetsforøgelse i praksispersonale. Formålet er, at muliggøre en omstilling af opgaver fra læge til praksispersonale, så lægernes tid kan fokuseres på patienterne med størst behov for lægehjælp. Fra 2003-2020 er andelen af ikke-lægeligt personale beskæftiget af de alment praktiserende læger steget fra 40 pct. til 50 pct., jf.

figur 4.5. En opgørelse fra PLO viser, at ratioen mellem læger i de alment praktiserende læger og øvrige personale målt i fulde årsværk er steget fra 0,76 personale pr. læge i 2013 til 1,11 i 2022.¹³⁰ Det vil sige, at der i dag er godt én ansat personale (inklusive sekretærer) pr. praksislæge.

En undersøgelse viser, at fordelingen af praksispersonale på tværs af de traditionelle praksisformer varierer. Der er i gennemsnit 1,4 ansatte pr. læge, og at solopraksis med samarbejde har den højeste andel med 1,8 personale pr. læge, og at delepraksis har færrest med ca. 1,1. Kompagniskabspraksis har ca. 1,3. Opgørelsesmetoden brugt i undersøgelsen varierer, hvorfor resultatet afviger fra det ovenstående.¹³¹

Figur 4.5
Udviklingen i personalesammensætningen i almenmedicinske tilbud (antal personer)



Anm.: Antal personer beskæftiget i almenmedicinske tilbud fordelt på uddannelsesbaggrund. Branchen er afgrænset til alment praktiserende læger. Sekretærer dækker over lægesekretærer og sundhedsservice-sekretærer. Plejepersonale dækker over bl.a. sygehjælpere samt social- og sundhedshjælpere og -assistenter mm. Øvrige sundhedsfaglige dækker over bl.a. ergoterapeuter, farmakonomer og jordemødre mm. Obs.: De anvendte registres forskellige opgørelsesmetoder kan føre til mindre uoverensstemmelser i antal og andele.

Kilde: Bevægelsesregisteret på eSundhed og egne beregninger.

Geografisk lægedækning

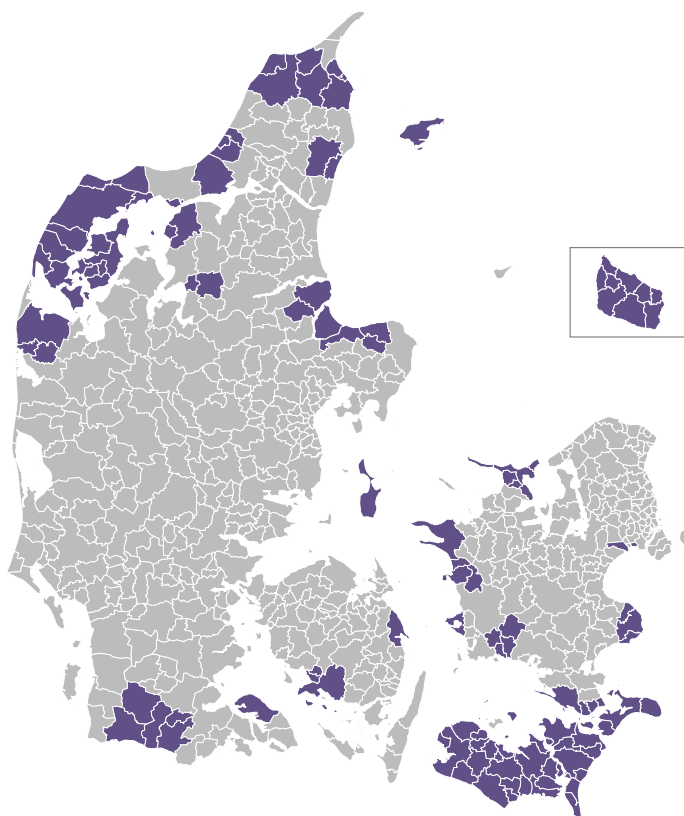
Adgangen til almenmedicinske tilbud er forskellig på tværs af landet. I hovedtræk er dækningen af alment praktiserende læger relativt høj i og omkring de større byer, hvor befolkningen generelt har færre helbredsproblemer. Omvendt er dækningen mere beskedent i yderområder og visse udsatte boligområder, hvor befolkningen i gennemsnit har flere helbredsproblemer, jf. figur 4.6. Der findes to typer lægedækningsstruede områder, henholdsvis landsdækkende og regionale lægedækningsstruede områder. De landsdækkende, som er fastlagt for den indeværende overenskomstperiode 2021-24 og giver adgang til differentieret basishonorar, og de regionale, som fastlægges løbende og giver særlige muligheder for de alment praktiserende læger.¹³²

130 Praktiserende Lægers Organisation. "Voksevæk i almen praksis – flere ansatte flugter med ambitionerne om et større nært sundhedsvæsen", 2022.

131 BDO. "Kortlægning af udvikling i praksisformer i almen praksis", 2023.

132 Praktiserende Lægers Organisation. "Regionale lægedækningsstruede områder". Lægeforeningen.

Figur 4.6
Lægedækningstruede områder, 2021-2024



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

Kilde: PLO, landsdækkende lægedækningstruede områder.

Geografisk forskel i adgangen til almenmedicinske tilbud og sammensætningen af befolkningen bidrager til, at sundhedsydelserne bliver brugt forskelligt på tværs af landet. Eksempelvis er forbruget af almenmedicinske tilbud i hovedstadsområdet, hvor der er relativt mange alment praktiserende læger, væsentlig højere, end hvad der kan forventes ud fra befolkningens sammensætning og sundhedsprofil. Tilsvarende er forbruget af almenmedicinske tilbud i Sydsjælland, Lolland, Falster og ø-kommunerne, hvor der er relativt færre alment praktiserende læger, væsentlig lavere end befolkningens sundhedstilstand tilsiger.¹³³

Der er igangsat en række initiativer i forlængelse af Aftale om sundhedsreform af 20. maj 2022, der skal understøtte en bedre lægedækning ved bl.a. alment praktiserende læger. Der er blandt andet givet mulighed i loven for, at regionerne yder et særligt vederlag til læger i områder med lægemangel, ligesom der er afsat midler til 10 nye licensklinikker, der skal gøre det mere attraktivt for fx nyuddannede læger at praktisere i områder med lægemangel. En licensklinik drives efter aftale med regionen ved, at regionen kan stille lokaler, udstyr, klinikpersonale og administration til rådighed for den alment praktiserende læge. Lægen betaler til gengæld et beløb til regionen for omkostningerne til husleje, drift og aflønning af personale m.v. Lægen har også mulighed for at købe klinikken af regionen.

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

Opgaveløsning

I det følgende afsnit beskrives opgaveløsningen i almenmedicinske tilbud, herunder udviklingen i sektorens opgaveløsning, kvaliteten af opgaveløsningen, tilgængeligheden i sektoren og patienternes tilfredshed m.m.

Udvikling i opgaveløsningen i de almenmedicinske tilbud

Ændringer i de alment praktiserende lægers opgaveportefølje kan enten introduceres gennem nye aftaler i forbindelse med overenskomstforhandlinger eller som konsekvens af udviklingstendenser i samfundet, demografisk udvikling og ændringer i andre dele af sundhedsvæsenet. Den generelle udvikling i sundhedsvæsenet har bl.a. medført øget specialisering og mere centraliserede indsatser på sygehusene, som resulterer i mere komplekse patientforløb. Den stigende kompleksitet i patientforløbene øger koordineringsopgaven for de almenmedicinske tilbud. Opgaverne i almenmedicinske tilbud ændres også som et resultat af forandringer i patientsammensætningen. Ældre patienter udgør en stigende andel af det almenmedicinske tilbuds samlede patientgruppe, og samtidig stiger antallet af kontakter per år med alderen. De ældste borgere har således ca. 5 gange hyppigere kontakt til almenmedicinske tilbud end yngre.

Hvor sygehusene de seneste 15-20 år har gennemgået en markant udvikling gennem samling og specialisering af behandling og en vækst i antallet af sygehusansatte læger, har antallet af lægekapaciteter (og antal patienter) i almenmedicinske tilbud været relativt konstant siden 2014. Grundelementerne i det almenmedicinske tilbuds rolle, opgaver og forpligtelser er dog grundlæggende fastholdt.

Igennem en periode har kommuner, regioner, patientforeninger og andre aktører udtrykt et ønske om, at de almenmedicinske tilbud skal varetage flere opgaver og et styrket ansvar for nogle af de patientgrupper, som ofte har tværgående forløb. Den retning afspejles bl.a. i den aftalte retning for de alment praktiserende læger i bl.a. Aftale om en sundhedsreform fra maj 2022 og Danske Regioner og Praktiserende Lægers Organisations fælles Vision for almen praksis i 2030. Af parternes fælles vision for de alment praktiserende læger fremgår det, at kapaciteten skal øges frem imod 2030 med læger og praksispersonale. Gatekeeperfunktionen skal prioriteres, og tovholderfunktionen skal udvides ved, at de alment praktiserende læger får større ansvar for det samlede patientforløb. Flere opgaver skal lægges ud til praksispersonale, og lægernes tid skal fokuseres på patienter med størst behov. De alment praktiserende læger skal varetage et styrket populationsansvar, og indsatsen skal differentieres med fokus på patienter med størst behov.^{134,135}

I Aftale om en sundhedsreform fra maj 2022 fremgår det, at kapaciteten i almenmedicinske tilbud skal styrkes og udvides frem mod 2035. Der skal være alment praktiserende læger nok i hele landet, og lægedækningen og fordelingen af læger på tværs af landet skal styrkes, og der blev sat et mål om mindst 6.500 speciallæger i almen medicin i 2035. De praktiserende læger skal have et styrket patientansvar og skal håndtere nye, flere og mere komplekse opgaver som led i en generel omstilling til det primære sundhedsvæsen og et styrket samarbejde mellem kommuner og almenmedicinske tilbud.¹³⁶ På baggrund af aftalen er der vedtaget ændringer af sundhedsloven, som giver mulighed for, at regionerne kan give et særligt økonomisk vederlag til læger i områder, hvor der er lægemangel, og mulighed for at fastsætte kriterier for fordelingen af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen, herunder speciallægeuddannelsen i almen medicin.

I de seneste overenskomster (OK18 og OK22) er det aftalt at styrke de alment praktiserende lægers opgave i forhold til varetagelsen af patienter med type 2-diabetes og/eller KOL, som er de to største kronikergrupper. I den seneste overenskomst (OK22) er det endvidere aftalt at styrke den opsøgende indsats for udsatte borgere, herunder bl.a. børneundersøgelser af sårbare børn og forebyggelse og behandling af

134 Danske Regioner og Praktiserende Lægers Organisation. "Vision for almen praksis i 2030", 2020.

135 DSAM-bestyrelsen. "Fremtidens familielæge: Et holdningspapir fra DSAM". Dansk Selskab for Almen Medicin, 2023.

136 Regeringen. "Aftale om Sundhedsreform", 2022.

somatiske sygdomme hos borgere med psykisk sygdom og beboere på botilbud. Derudover lægger den nye kvalitetsstandard for kommunale akutfunktioner op til øget rådgivning og samarbejde mellem de alment praktiserende læger og kommunale akutfunktioner.¹³⁷

Boks 4.6

Fasttilknyttede læger på plejehjem

Med Overenskomst om almen praksis fra 2022 blev ordningen om fasttilknyttede læger på plejehjem forankret i overenskomsten. Formålet med ordningen er at skabe en bedre kvalitet for beboerne på plejehjemmet, bl.a. gennem styrket kommunikation, tilgængelighed og samarbejde mellem plejepersonalet og den praktiserende læge, så der sikres størst mulig faglig indsigt, god medicinbehandling og kontinuitet i pleje- og behandlingsforløbene. Formålet er endvidere at reducere omfanget af uhensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser.

Overenskomstens parter ønskede, at ordningen om fasttilknyttede alment praktiserende læger på plejehjem skulle udbredes til at dække minimum 80 pct. af alle plejehjem inden udgangen af 2023. Danske Regioners seneste vurdering fra 3. kvartal 2023 viser, at ca. 90 pct. af landets plejehjem har en fast læge tilknyttet.

Med aftalen om akutplan for sygehusvæsenet fra februar 2023 er det aftalt at afsøge muligheder for at udbrede ordningen i lægedækningstruede områder. Beboerne på plejehjemmet tilbydes at vælge den fasttilknyttede læge som deres praktiserende læge, og samtidig afsættes der et mindre beløb månedligt til, at læge og personale på plejehjemmet kan udvikle deres samarbejdspraksis. Formålet med ordningen er at forebygge sygdomsudvikling ved et tættere samarbejde.

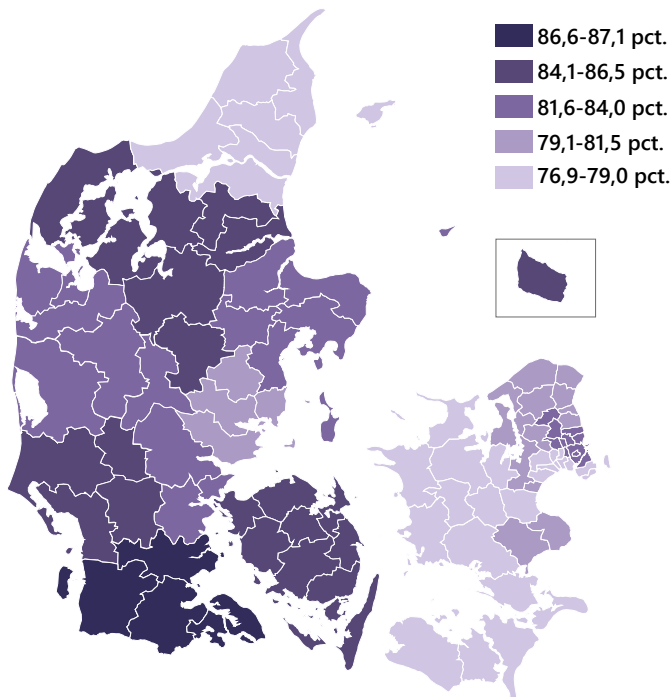
Tilfredshedsundersøgelse

I efteråret 2023 udarbejdede Danmarks Statistik en brugertilfredshedsundersøgelse for de almenmedicinske tilbud for Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Undersøgelsens målgruppe er borgere fra 18 år i sygesikringsgruppe 1, som er tilmeldt en alment praktiserende læge med adresse i Danmark. Undersøgelsen er baseret på ca. 53.500 besvarelser med en svarprocent på 42 pct. på landsplan.

Undersøgelsen viser, at der generelt er tilfredshed med lægerne i de almenmedicinske tilbud, hvor 82 pct. af respondenterne angiver at de er tilfredse eller meget tilfredse. Den generelle tilfredshed med lægen varierer på tværs af praksistype, hvor patienterne tilknyttet delepraksis og enkeltmandspraksis (solo-praksis med og uden samarbejde) er mere tilfredse end patienterne tilknyttet regions- og udbudsklinikker. Tilsvarende varierer tilfredsheden også mellem lægedækningstruede og ikke-lægedækningstruede klynger, hvor tilfredsheden er højere i sidstnævnte. Det er vigtigt at være opmærksom på, at en del af den variation kan afspejle underliggende faktorer, såsom den generelle sundhedstilstand i klinikernes patientgrundlag. Sundhedstilstanden er generelt dårligere i områder med lægemangel.

¹³⁷ Praktiserende Lægers Organisation og Regionernes Lønnings- og Takstnævn: "Overenskomst om almen praksis 2022", 2022; Praktiserende Lægers Organisation og Regionernes Lønnings og Takstnævn: "Overenskomst om almen praksis 2018", 2018.

Figur 4.7

Andel respondenter i klynger, som angiver, at de er meget tilfredse/tilfredse

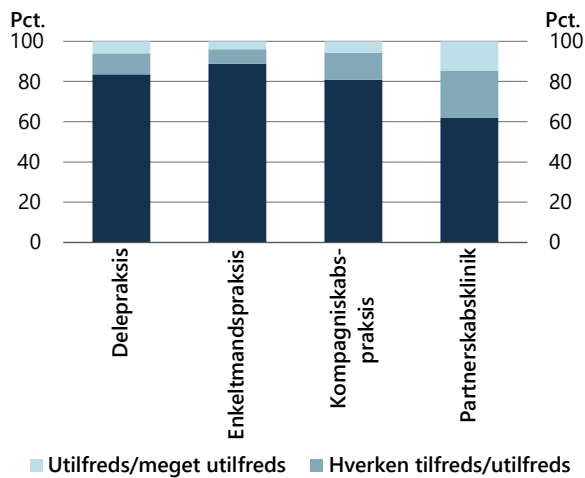
Anm.: Figuren viser andel respondenter, der har svaret meget tilfreds/tilfreds på spørgsmålet: Hvor tilfreds eller utilfreds er du med lægen generelt? Tilfredseden er mål ved en skala fra 1-5: meget tilfreds, tilfreds, hverken tilfreds eller utilfreds, utilfreds, meget utilfreds. Besvarelserne er repræsentative på sundhedsklyngeniveau. Vejen, Billund, Middelfart og Rødovre kommune indgår i to sundhedsklynger hver. Besvarelser fra borgere i disse kommuner tæller med i begge sundhedsklynger.

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriets brugertilfredshedsundersøgelse i almen praksis

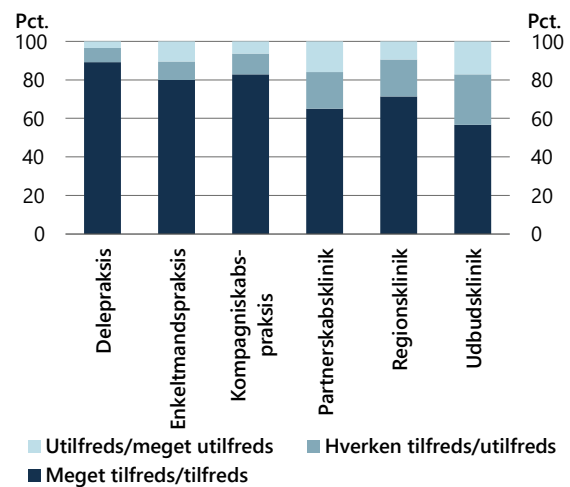
Undersøgelsen viser forskelle i den samlede patienttilfredshed på tværs af praksistyper og i henholdsvis lægedækningstruede- og ikke-lægedækningstruede klynger, jf. figur 4.8 og 4.9. I lægedækningstruede klynger er tilfredsheden blandt patienter i enkeltmandspraksis generelt lavere (ca. 9 pct. point). Modsat er tilfredsheden blandt patienter i delepraksis højere i lægedækningstruede områder (ca. 6 pct. point). Tilfredsheden med kompagniskabspraksis og partnerskabsklinikker er også marginalt højere i lægedækningstruede områder (2-3 pct. point).

Patienttilfredsheden er generelt lavest i regions-, partnerskabs- og udbudsklinikker, hvor hhv. 71 pct., 65 pct. og 56 pct. angiver, at de er tilfredse. Regions- og udbudsklinikker er kun tilgængelige i lægedækningstruede områder.

Figur 4.8
Samlet patienttilfredshed fordelt på
praksistyper, ikke lægedækningstruede klynger



Figur 4.9
Samlet patienttilfredshed fordelt på
praksistyper, lægedækningstruede klynger



Anm.: Spm: *Hvor tilfreds eller utilfreds er du med lægen generelt?*

Klynger defineret som lægedækningstruede: Sundhedsklyngen Nykøbing Falster (Sjælland) og Klynge Nord (Nordjylland) (N = 4060).

Klynger defineret som ikke-lægedækningstruede: Horsensklyngen (Midtjylland) og Klynge Nord (Hovedstaden) (N = 2552). Andelen er baseret på et vægtet antal besvarelser.

Kilde: Brugertilfredshedsundersøgelse af almen praksis, 2023, Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Undersøgelsen stiller en række spørgsmål, som belyser patientoplevelsen med lægens rolle som tovholder og koordinator af patientforløb, jf. boks 4.7. Undersøgelsen viser, at ca. 74 pct. af respondenterne er tilfredse eller meget tilfredse med lægens rolle som overblikshaver og vejviser i sundhedsvæsenet. 73 pct. af respondenter, hvis seneste kontakt med lægen var som led i længerevarende behandlingsforløb, er tilfredse eller meget tilfredse. Det gælder 76 pct. af personer, hvis seneste kontakt var som led i konsultation uden sygdom eller korterevarende sygdom. Der kan ikke udledes af undersøgelsen, om der er en sammenhæng mellem tilfredshed og fx sundhedstilstand eller erfaring med tværsektorielle forløb, selvom patienter med længerevarende behandlingsforløb har en større sandsynlighed for erfaring med tværsektorielle forløb.

Dog viser undersøgelsen, at 17 pct. af de patienter, som både har haft et længerevarende behandlingsforløb og været kontakt til lægen inden for de seneste 12 måneder, ikke oplever, at lægen har koordineret behandlingsforløbet. Undersøgelsen viser også, at 43 pct. af de patienter, som har haft et længerevarende behandlingsforløb, ikke har drøftet muligheden for at blive henvist til relevante tilbud i kommunen med lægen. Generelt viser undersøgelsen, at patienter med længerevarende sygdomsforløb på flere parametre er mindre tilfredse med de almenmedicinske tilbud end det generelle niveau, hvor ca. 82 pct. er tilfredse eller meget tilfredse mod 85 pct., blandt dem som ikke er i længerevarende forløb. Forklaringen kan potentielt være, at kommunen ikke har relevante tilbud for patienten, eller at lægen ikke har kendskab til dem.

Boks 4.7

Tovholderfunktionen i almenmedicinske tilbud

Den demografiske udvikling og særligt den øgede forekomst af multisygdom påvirker det almenmedicinske tilbud, som i kraft af rollerne som generalist og tovholder er forpligtet til at koordinere patientforløb på tværs af sektorer og specialer. Det er ofte en vanskelig og tidskrævende opgave. De praktiserende læger giver generelt udtryk for, at de ser opgaven med at sikre sammenhæng i patientforløbene som meningsfuld, og en de ønsker at prioritere.

Nogle praktiserende læger mener, at sygehusene burde tage større ansvar for at afslutte deres egen del af forløbet og koordinere patientens forløb internt på sygehuset på tværs af specialer og funktioner frem for at sende patienten retur til egen læge. Det gælder især, hvis patientforløbet er så komplekst, at almenmedicinske tilbud ikke kan forudsættes at have de nødvendige kompetencer.

En kendt udfordring for tovholderfunktionen er bl.a. den manglende medicinstyring for polyfarmaci-patienter, som får ordinationer fra flere forskellige specialafdelinger. Ingen af specialerne i de enkelte sektorer påtager sig opgaven, fordi de kun har kendskab til den medicin, de selv ordinerer. Derfor er nogle praksisser begyndt at ansætte farmakonomer, som kan hjælpe dem med at styre medicinen for deres patienter. Visse steder kan almenmedicinske tilbud også søge vejledning hos det geriatriske speciale på sygehusene, som i kraft af generalistkompetencer har mulighed for at understøtte tovholderfunktionen for nogle af de komplekse patienter i almenmedicinske tilbud.

Kilde: BDO. "Analyse af udviklingen i opgaveløsningen i almen praksis", 2023.

Variation i opgaveløsning

Alle læger i almenmedicinske tilbud fungerer som frontlinjelæge, generalist, gatekeeper og tovholder for klinikkens tilmeldte patienter. Indholdet i de leverede ydelser og faglige opgaver, der løses i den enkelte praksis, afhænger af behovet hos de tilmeldte patienter og adgangen til øvrige sundhedstilbud, og beror på den praktiserende læges konkrete vurdering.

På tværs af de almenmedicinske tilbud er der en betydelig variation i opgaveløsningen, både i forhold til fordelingen af de ydelser der leveres, og i forhold til hvilke personalegrupper der står for den konkrete opgavevaretagelse og organisering af tilbuddet til patienterne, herunder bemanning og personalets kompetenceprofil.

På tværs af praksistyperne i de almenmedicinske tilbud er der relativt stor variation i delegationsgraden af opgaver til praksispersonale. Enkelte opgaver er lægeforbeholdte og kan dermed ikke uddelegeres til personale, herunder attestarbejde, opsøgende hjemmebesøg og aftalt telefonkonsultation. En væsentlig del af opgaverne i almenmedicinske tilbud, herunder fx børneundersøgelser og sygebesøg kan delegeres til praksispersonale under lægens supervision og ansvar. Honoraret er det samme, og der skelnes ikke ved ydelsesregistreringen, om en opgave er udført af en speciallæge i almen medicin, en uddannelseslæge eller af praksispersonale.¹³⁸

Tilgængelighed

Tilgængelighed i almenmedicinske tilbud skal forstås i en bred forstand og dækker over både muligheden for telefonisk og digital kontakt, klinikkens åbningstider og ventetid på konsultationer. Tilgængelighed er et vigtigt parameter for patienternes tilfredshed med deres alment praktiserende læge og har stor betydning for, om patientens akutte behov kan håndteres af den alment praktiserende læge indenfor almindelig åbningstid.

138 BDO. "Analyse af udviklingen i opgaveløsningen i almen praksis", 2023.

Overenskomsten stiller en række krav til praksisdeklarationer, som skal offentliggøres på sundhed.dk. Her skal der fremgå oplysninger om hver praksis, herunder bl.a. adresse, telefonnummer, åbningstider, oplysninger om lægerne i praksis, selvbetjeningsløsninger, adgangsforhold og resultat af patient-tilfredshedsundersøgelse.

Tabel 4.5

Overenskomstens regler om tilgængelighed og åbningstider

Åbningstider	<p>Patienter kan ifølge Overenskomst om almen praksis søge lægehjælp i dagtiden, som er kl 8-16 på hverdage, hvor der afholdes konsultationer med eller uden tidsbestilling. Mindst en gang om ugen skal den praktiserende læge tilbyde konsultation efter kl. 16 fortrinsvis for patienter, hvis arbejde forhindrer dem i at benytte konsultationen i dagtiden.</p>
Telefonisk tilgængelighed	<p>I forhold til telefonisk tilgængelighed skal patienter have adgang til minimum én times daglig telefonkonsultation hos lægen på hverdage. Det kan enten sikres ved, at lægen selv besvarer telefonen, eller gennem aftalt telefonkonsultation, hvor praksispersonale tager imod besked, hvorefter lægen ringer tilbage.</p> <p>Ved akut opstået behov for lægehjælp skal patienten have adgang til lægehjælp telefonisk eller på anden vis inden kl. 16 samme dag hos en praktiserende læge eller via stedfortrædende praktiserende læge, som lægen har indgået aftale med.</p>
Digital tilgængelighed	<p>Alment praktiserende læger skal tilbyde elektronisk tidsbestilling, elektronisk recept-fornyelse og e-konsultation. Videokonsultation, som er visiteret og aftalt på forhånd, skal tilbydes senest ved udgangen af overenskomstperioden (1. januar 2025).</p>
Fysisk tilgængelighed og ventetider	<p>Når konsultation sker efter tidsbestilling, skal patienter sædvanligvis kunne få tid til en konsultation senest 5 hverdage efter tidsbestillingen. Lægen må gerne tilbyde "åben konsultation" uden tidsbestilling.</p>
Telefonisk tilgængelighed for kommunale samarbejdspartnere	<p>Tilgængeligheden hos alment praktiserende læger er tosidet, idet der både er kontaktoflader til patienter og pårørende og samtidig tilgængelighed for samarbejdspartnere. Det er særligt kommunale medarbejdere i den kommunale sygepleje, herunder de kommunale akutfunktioner og på plejecentrene, der oftest har behov for tilgængelighed til alment praktiserende læger.</p> <p>I den seneste forhandlingsaftale har overenskomstparterne aftalt, at de praktiserende læger forpligter sig til at stille såkaldte bagom numre til rådighed for kommunalt personale fra kommunernes hjemmepleje, som skal kunne få kontakt til klinikken i akutte tilfælde uden om telefonbetjeningen i dagtid.</p>

Kilde: BDO 2023: Opgaveløsning

De alment praktiserende læger er gennem overenskomsten forpligtet til tilgængelighed på et vist niveau, jf. tabel 4.5. En nylig analyse har undersøgt den telefoniske tilgængelighed som oplyst på hjemmesider for mere end 1.100 alment praktiserende læger.¹³⁹

Analysen finder, at den oplyste tilgængelighed i praksis er mindre end aftalt i overenskomsten. Det er ikke ensbetydende med, at praksis ikke er tilgængelige som aftalt, men som minimum at informationen til patienter om tilgængelighed er mangelfuld. Konkret fremgår det af analysen, at kun 39 pct. af praksis oplyser, at de har adgang for ikke-akutte henvendelser efter kl. 12.00 minimum 4 dage om ugen. 34 pct. af praksis oplyser ikke, om der er mulighed for sen konsultation i praksis, og 42 % oplyser ikke om tilgængelighed for akutte henvendelser på praksis' hjemmeside.

139 BDO. "Analyse af udviklingen i opgaveløsningen i almen praksis", 2023.

Flere regioner følger bl.a. op på den aftalte tilgængelighed ved at ringe klinikker op. I en undersøgelse af almenmedicinske tilbud i Region Sjælland opnås en direkte kontaktrate på 77 pct. i tidsrummet 08.00-12.00, mens der efter middag observeres et markant dyk i andelen af opkald, hvor der opnås direkte kontakt med en kontaktrate på 11%. Det indikerer, at den reelle tilgængelighed i Region Sjælland er væsentlig ringere, end hvad der fremgår af praksis' hjemmesider.

Indenrigs- og Sundhedsministeriets tilfredshedsundersøgelse med de almenmedicinske tilbud stiller en række spørgsmål, som belyser i hvilken grad, patienter oplever de almenmedicinske tilbud som tilgængelige, (se afsnit om tilfredshedsundersøgelse). Undersøgelsen viser, at 34 pct. oplever sjældent eller aldrig at kunne tale med lægen om flere problemer ved samme konsultation, selvom det fremgår af overenskomsten, at der ikke må stilles krav om én problemstilling pr. konsultation. Således oplever en stor andel patienter, at de almenmedicinske tilbud ikke lever op til en central betingelse i overenskomsten. Her varierer oplevelsen også på tværs af praksistyper. Flest patienter i regions- og udbudsklinikker oplever ikke at kunne henvende sig med flere problemstillinger til samme konsultation.¹⁴⁰

Undersøgelsen viser, at 30 pct. af respondenter sjældent eller aldrig oplever at kunne få en tid hos lægen inden for en uge. Det er et overenskomstfastsat krav. Videre finder undersøgelsen, at 15 pct. oplever, at det almenmedicinske tilbud sjældent eller aldrig har åbent efter kl. 16 mindst en dag om ugen, selvom det også er aftalt i overenskomsten. 57 pct. af respondenter angiver, at de "ved ikke" om lægen overholder de aftalte åbningstider. 65 pct. angiver, at de er tilfredse eller meget tilfredse med klinikkens telefoniske åbningstider, og 76 pct. at de er tilfredse eller meget tilfredse med klinikkens fysiske åbningstider.

Tidsanvendelse

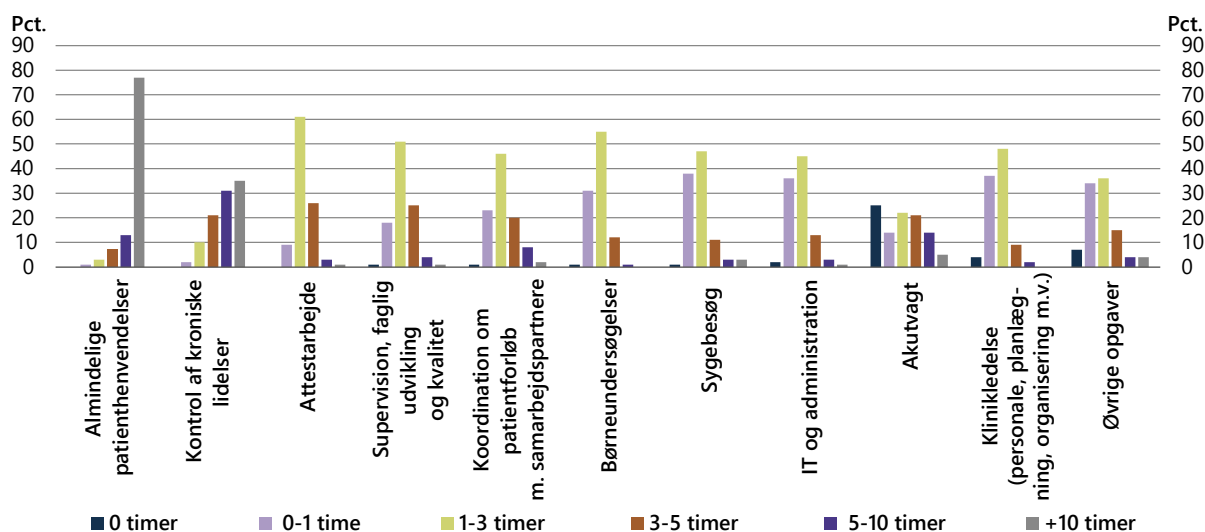
En nyligt gennemført spørgeskemaundersøgelse har kortlagt selvrapporteret tidsforbrug blandt personalegrupperne i almenmedicinske tilbud. Tidsforbruget på fælles opgavetyper varierer på tværs af de tre personalegrupper (læger, sundhedspersonale og sekretærer), men varierer også internt i de enkelte personalegrupper.

I gennemsnit bruger læger i almenmedicinske tilbud mest tid på konsultationer og kontroller for borgere med kronisk sygdom. Eksempelvis bruger 77 pct. af praksislæger mere end 10 timer ugentligt på patienthenvendelser (konsultationer), jf. figur 3.11. Det er dog tilsvarende bemærkelsesværdigt, at 23 pct. af læger i almenmedicinske tilbud *ikke* bruger 10+ timer ugentligt på almindelig patientbehandling. Det indikerer, at en betydelig andel klinikker har udlagt mange typer konsultationer til sundhedspersonale. Derudover bruger 31 pct. af lægerne 5-10 timer ugentligt på kontrol af borgere med kronisk sygdom, og 35 pct. bruger 10+ timer. Det er endvidere værd at bemærke, at tidsforbruget på attestarbejde er mellem 1-3 og 3-5 timer for 87 pct. af lægerne. Det indikerer, at der fortsat er opgaver, som potentielt kan flyttes fra læger i almenmedicinske tilbud til andre faggrupper i praksis, andre steder i sundhedsvæsenet eller til patienten selv.

Ifølge undersøgelsen bruger sundhedspersonale i almenmedicinske tilbud gennemsnitligt mest tid på kontroller for borgere med kronisk sygdom og konsultationer (ikke vist i figur). 27 pct. af sundhedspersonalet i almenmedicinske tilbud bruger minimum 5-10 timer ugentligt på kontrol af borgere med kroniske lidelser, og 53 pct. bruger mere end 10 timer. 21 pct. af sundhedspersonalet bruger minimum 5-10 timer ugentligt på konsultationer og 44 pct. bruger mere end 10 timer. Der ses ikke entydige mønstre på tværs af praksistyper.

140 Indenrigs- og Sundhedsministeriet. "Brugertilfredshedsundersøgelse af almen praksis", 2024.

Figur 4.10
Praksislægers tidsforbrug fordelt på opgavetyper



Anm.: Note: Spørgeskemaundersøgelse dec./jan. 2022/23. n=526. Selvrapporteret tidsforbrug. Anvendt spørgsmålstekst: "Hvordan vil du skønne, at arbejdstiden fordeler sig på nedenstående opgaver for en læge i jeres praksis? Du bedes tage udgangspunkt i det gennemsnitlige tidsforbrug på tværs af læger i din praksis – ekskl. pauser. Antallet af timer bør afspejle tidsforbruget for én læge i en fuldtidsstilling (ca. 37 timer)."

Kilde: BDO (2023)

Særlige problemstillinger og udviklingstendenser

I det følgende redegøres for udvalgte særlige problemstillinger og tendenser i form af henholdsvis betydningen af demografiudviklingen, forskelle i klinikernes patientgrundlag, rekrutteringsgrundlaget og samarbejdsrelationen mellem regionerne og Praktiserende Lægers Organisation.

Udviklingen i demografi og sygdomsudvikling med betydning for almenmedicinske tilbud

Generelt stiger behovet for sundhedsydelse med alderen. Ældre patienters andel af de almenmedicinske tilbuds samlede patientgruppe er steget på tværs af landet. Både andelen af befolkningen, der lever med en eller flere kroniske sygdomme og antallet af kroniske sygdomme pr. person, stiger i takt med alderen. Ældre patienter og patienter med kroniske sygdomme udgør allerede i dag en stor del af opgaven og optager meget tid i almenmedicinske tilbud. Den udvikling forventes at fortsætte, fordi ældre borgere vil udgøre en større andel af befolkningen. En fremskrivning viser, at i 2023 udgjorde borgere over 65 år ca. 21 pct. af befolkningen og forventes at udgøre ca. 24 pct. i 2035. Særligt antallet af de ældste ældre over 85 år vil vokse, og forventes at stige med 110 pct. fra ca. 2 pct. af befolkningen i 2019 til cirka 4 pct. i 2035.¹⁴¹

Fremskrivningen viser også, at det årlige antal af kontakter til almenmedicinske tilbud forventes at stige med ca. 12,5 pct. fra 40,6 i 2022 til 43,9 mio. i 2035 og 45,6 mio. i 2045. Væksten i kontakter vil primært forekomme i gruppen af ældre over 65 år, og i særdeleshed blandt de ældste ældre over 85 år hvor antallet

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

af kontakter forventes at stige med 117 pct. frem mod 2045. Ældre patienter har typisk mere komplicerede og krævende forløb, og trækket på almenmedicinske tilbud forventes derfor at være tilsvarende større end den procentuelle vækst i kontakter.¹⁴²

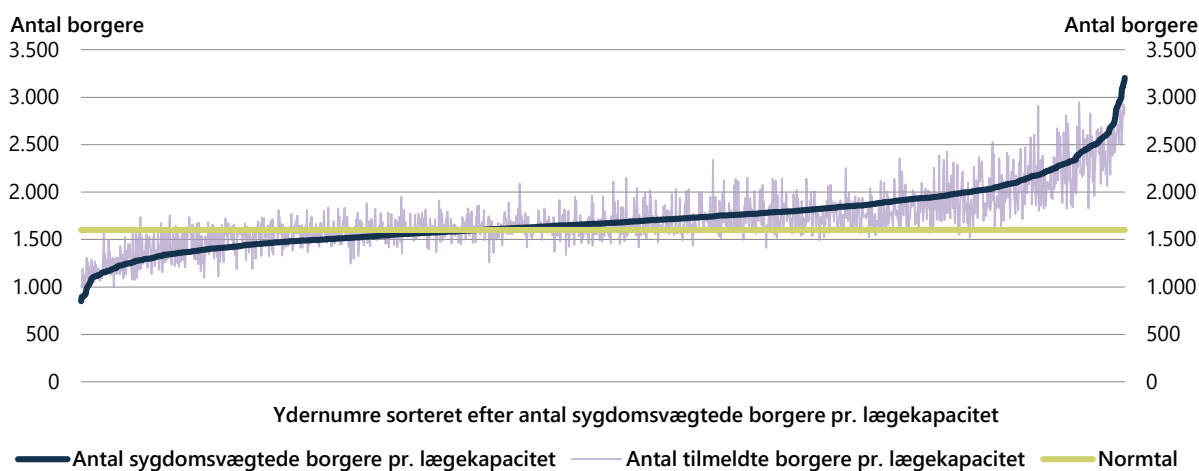
Andre fremskrivninger viser, at forekomsten af kroniske sygdomme vil øges markant over de kommende år. I dag lever mere end 10 pct. af de ældre på 65 år eller derover med fire eller flere sygdomme. En undersøgelse af sygdomsbyrden viser, at personer med udvalgte kroniske sygdomme har det højeste antal ekstra kontakter til det almenmedicinske tilbud. Hver gruppe af patienter med lænderygsmerter, nakkesmerter, depression, slidgigt eller type 2-diabetes havde 2,1-3,6 mio. ekstra kontakter om året. Dernæst følger grupperne af patienter med KOL, angst eller iskæmisk hjertesygdom, som hver har ca. 1,0-1,2 mio. ekstra antal kontakter til almenmedicinske tilbud om året.¹⁴³

Forskelle i patientgrundlag

Figur 4.11 illustrerer fordelingen af tilmeldte- og sygdomsvægtede borgere pr. lægekapacitet. Antal sygdomsvægtede borgere er konstrueret som et mål for det samlede behandlingsbehov i en klinik på baggrund af baggrundskaraktistika for patientsammensætningen. Eksempelvis tæller én tilmeldt borger som to sygdomsvægtede borgere, hvis borgeren forventes at have et dobbelt så stort et træk på almenmedicinske tilbud som en gennemsnitlig borger. På samme måde kan en borger vægtes som en halv, såfremt vedkommende forventes at have et halvt så stort træk på almenmedicinske tilbud.

Figur 4.11

Antal sygdomsvægtede borgere pr. lægekapacitet, pr. 1 januar 2023



Anm.: Antal sygdomsvægtede borgere basseres på en beregning, hvor man vægter borgerne ift. det træk, som man forventer de har i almenmedicinske tilbud pba. deres karakteristika (alder, køn, kroniske sygdomme (RUKS) og arbejdsmarkedstilknytning (DREAM)). Trækket i almenmedicinske tilbud defineres pba. antallet af ydelser, som borgere faktisk har modtaget i almenmedicinske tilbud, gange med den honorering, som lægen modtager for ydelsen. Ydelser givet under kronikerhonoraret kan ikke observeres og antages derfor at følge samme fordeling som ydelser for resten af befolkningen plus en årskontrol, mens tillægsydelser givet til personer under kronikerhonoraret er indregnet pba. faktiske ydelser. Én tilmeldt borger kan derved tælle som to sygdomsvægtede borgere, hvis borgeren forventes at have et dobbelt så stort træk på almenmedicinske tilbud som en gns. borger. Normtallet er 1.600 tilmeldte patienter, hvilket er definitionen på den arbejdsbyrde, som en lægekapacitet som udgangspunkt skal varetage, og den grænseværdi hvor ydernumre må lukke for tilgang til klinikken. Figuren er afgrænset til ydernumre med 1.000 – 3.000 faktiske tilmeldte patienter pr. lægekapacitet.

Kilde: Sygesikringsregisteret (SSR), Den Registerbaserede Evaluering af Marginaliseringsomfanget (DREAM), Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS), CPR-registeret (CPR), Yderregisteret (YDR), Sundhedsdatastyrelsen.

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

143 Sundhedsstyrelsen. "Foranalyse af den fremtidige opgaveløsning i almenmedicinske tilbud", u.å.

Figuren viser, at der er væsentlig variation i arbejdsbyrden på tværs af ydere. Den 10. percentil, som har flest sygdomsvægtede patienter pr. lægekapacitet, har 1.367 sygdomsvægtede patienter pr. lægekapacitet, mens den 90. percentil har 2.122 sygdomsvægtede patienter pr. lægekapacitet. En forskel på ca. 55 pct. i estimatet for arbejdsbyrde. Forskellen behandlingsbehovet er ca. tre gange så stor for de ydernumre med flest sygdomsvægtede borgere per lægekapacitet sammenlignet med ydernumrene med færrest sygdomsvægtede borgere.

Størstedelen af variationen i antal sygdomsvægtede borgere pr. lægekapacitet kan forklares pba. antallet af tilmeldte borger pr. lægekapacitet. De ydernumre med den største arbejdsbyrde er altså også de ydernumre med de fleste tilmeldte patienter. Hertil kommer dog også, at de ydere med flest sygdomsvægtede patienter også har tungere patienter. Det ses ved, at der er færre tilmeldte patienter pr. lægekapacitet end sygdomsvægtede patienter pr. lægekapacitet i højre side af figuren. Omvendt har de ydernumre med den mindste arbejdsbyrde lettere patienter. Det ses ved, at der er flere tilmeldte patienter pr. lægekapacitet end sygdomsvægtede patienter pr. lægekapacitet i venstre side af figuren.

Figuren viser, at størstedelen af yderne, der har et stort antal sygdomsvægtede patienter, har mulighed for at lukke for tilgangen til klinikken, da antallet af tilmeldte patienter overstiger 1.600. Der er dog en andel ydernumre, som har en stor arbejdsbyrde, men som ikke kan lukke for tilgangen til klinikken, da de har for få tilmeldte patienter. Disse ydernumre er dem, hvor antal tilmeldte patienter (den lyse lilla graf) ligger under normtallet (den grønne linje).

Analysen tager ikke højde for hvor meget praksispersonale, der er ansat i hver klinik. Klinikker med mere praksispersonale vil have bedre mulighed for at varetage et større antal patienter. Herudover tages der ikke højde for, at nogle borgere bruger længere tid pr. konsultation, når sygdomsvægtene beregnes.

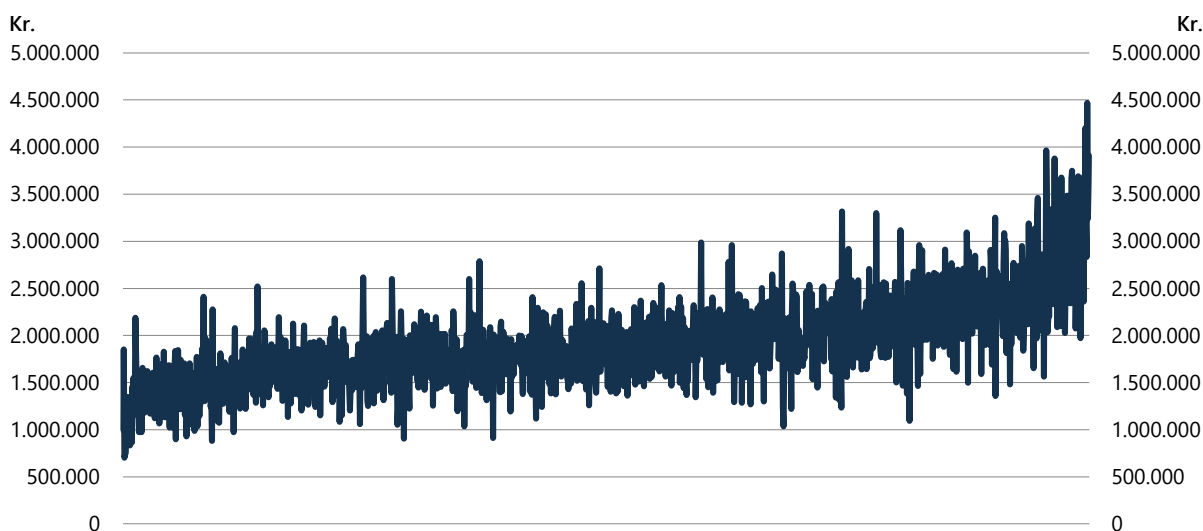
Figur 4.12 illustrerer, at der er væsentlig forskel i den aktivitetsafhængige honorering, som modtages i det almenmedicinske tilbud.

Den aktivitetsafhængige honorering pr. lægekapacitet stiger i takt med, at arbejdsbyrden stiger. Den aktivitetsafhængige honorering er dermed størst for de ydernumre med flest sygdomsvægtede patienter pr. lægekapacitet i højre side af figuren og mindst for de ydernumre med færrest sygdomsvægtede patienter pr. lægekapacitet i venstre side af figuren.

Figuren viser også, at der er variation i aktiviteten på tværs af ydernumre med samme antal sygdomsvægtede patienter pr. lægekapacitet. Det betyder, at der er en væsentlig variation i omfanget af ydelser, som sammenlignelige patienter modtager. Det indikerer en forskel i, hvor meget behandling sammenlignelige patienter modtager og dermed også en ulighed i adgangen til almen medicinske tilbud for patienterne.

Figur 4.12

Faktisk brutto- og kronikerhonorar pr. lægekapacitet fordelt efter antal sygdomsvægtede borgere pr. lægekapacitet, 2023



Anm.: Det faktiske brutto- og kronikerhonorar benyttes som proxy for den aktivitet, der finder sted i almen praksis. Antal sygdomsvægtede borgere basseres på en beregning, hvor man vægter borgerne ift. det træk, som man forventer de har i almen praksis pba. deres karakteristika (alder, køn, kroniske sygdomme og arbejdsmarkedstilknøtning). Trækket i almen praksis defineres pba. antallet af ydelser, som borgeren har modtaget i almen praksis, vægtes med den honorering, som lægen modtager for ydelsen. Når sygdomsvægtene estimeres, approksimeres antallet af ydelser givet under kronikerhonoraret, mens tillægsydelser givet til personer under kronikerhonoraret indregnes pba. faktiske ydelser. Når honoreringen opgøres, da beregnes kronikerhonoraret i stedet som en takst på 2.000 kr. om året pr. kroniker, mens tillægsydelser givet til personer under kronikerhonoraret stadig indgår i bruttohonoreringen. Kronikerhonoraret inkluderes i opgørelsen for at approksimere aktiviteten givet under kronikerhonoraret. Figuren er afgrænset til ydernumre med 1.000 – 3.000 faktiske tilmeldte patienter pr. kapacitet.

Kilde: Sygesikringsregisteret (SSR), Den Registerbaserede Evaluering af Marginaliseringsomfanget (DREAM), Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS), CPR-registeret (CPR), Yderregisteret (YDR), Sundhedsdatastyrelsen.

Rekrutteringsgrundlag og udfordringer

Der er aktuelt knap 5.000 speciallæger i almen medicin, hvoraf knap 4.200 arbejder i almenmedicinske tilbud. Antallet af lægekapaciteter i almenmedicinske tilbud ligger aktuelt på omkring 3.500.

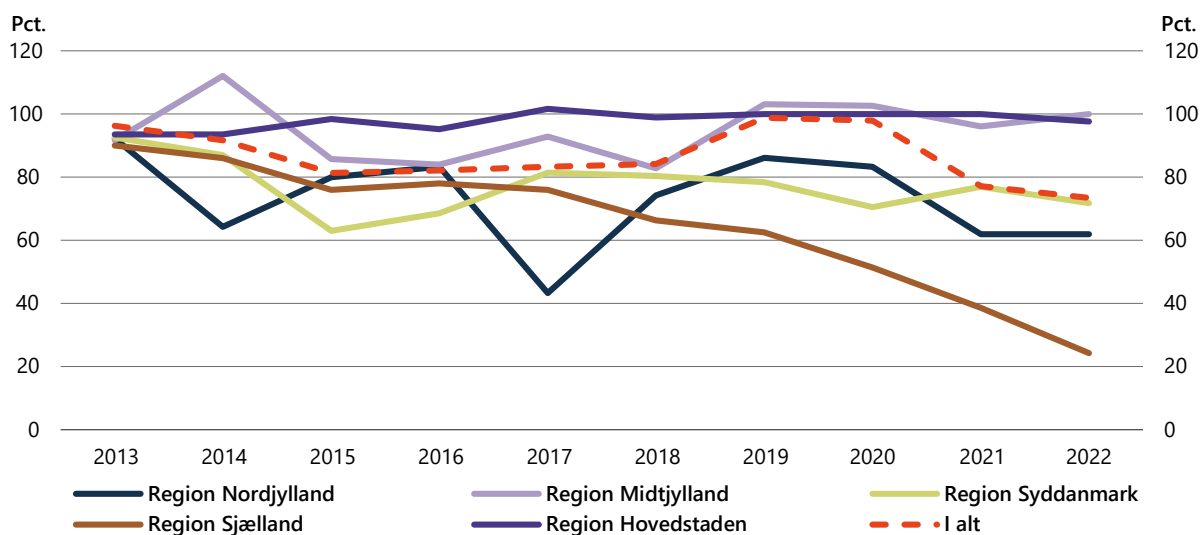
Både antallet af speciallæger i almen medicin og antallet af alment praktiserende læger er steget med ca. 5 % i de sidste 6-7 år, dog med et samtidigt fald i begge grupper i Region Sjælland. På landsplan er ca. 16 pct. af speciallæger i almen medicin beskæftiget uden for almenmedicinske tilbud.¹⁴⁴ Der har ikke været drastiske ændringer i den andel over det seneste årti. Der er dog en tendens til let øget regional spredning med hensyn til, hvor stor en andel der beskæftiger sig uden for almenmedicinske tilbud med flest i Region Hovedstaden. Tal for antal og beskæftigelsestype uden for almenmedicinske tilbud er forbundet med nogen usikkerhed. Dog kan det fremhæves, at ansættelse på offentlige hospitaler tegner sig for en væsentlig andel af beskæftigelsen uden for almenmedicinske tilbud.

Forskellige regionale udfordringer medfører, at den forventede voksende arbejdsstyrke ikke nødvendigvis omsættes til højere kapacitet alle steder i landet. Besættelsesgraden af uddannelsesstillinger varierer markant på tværs af regionerne. I Region Midtjylland og Region Hovedstaden besættes stort set alle uddannelsesstillinger, mens Region Nordjylland og særligt Region Sjælland halter bagefter, jf. figur 4.13.

¹⁴⁴ Madsen, Marie Henriette m.fl. "Speciallæge i almen medicin - En undersøgelse af begrundelser for forskellige karrierevalg- og veje". VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2023.

Det kommende demografiske træk er ligeledes uens fordelt regionalt og bidrager til de i forvejen større udfordringer i Region Nordjylland og Region Sjælland. Det ses dog også, at yngre læger udgør en voksende del af arbejdsstyrken på tværs af alle regioner, hvilket er en positiv udvikling i forhold til at sikre den regionale lægedækning.

Figur 4.13

Andel af dimensionerede hoveduddannelsesforløb, der bliver besat

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

Kilde: Speciallæge i almen medicin (VIVE, 2023)

Det forventes, at der frem mod 2035 vil være en væsentlig stigning i antallet af speciallæger i almen medicin – i høj grad forårsaget af en kraftigt øget dimensionering af speciallægeuddannelsen. I 2035 kan der forventes (afhængigt af scenarier og antagelser) op mod 7.000 speciallæger i almen medicin, hvilket på basis af en simpel videreførelse af aktuelle forhold mellem beskæftigelse indenfor og udenfor almenmedicinske tilbud vil kunne muliggøre en udvidelse af lægekapaciteten i almenmedicinske tilbud op til ca. 5.000.¹⁴⁵

Det er undersøgt hvilke faktorer, som har betydning for, at speciallæger i almen medicin vælger eller fravælger et arbejdsliv i almenmedicinske tilbud. Analysen peger på, at beslutningen er et resultat af en række forskellige faktorer, men blandt de faktorer, der særligt har betydning for fravalget af almenmedicinske tilbud er i særlig grad arbejdspress (se afsnit om trivsel blandt alment praktiserende læger) og uholdbare arbejdsforhold, som fx højt arbejdstempo og for lidt tid til hver patient. Derudover nævnes også overgangen fra hoveduddannelse til ejer af egen praksis og manglende ønsket om at eje egen praksis. Undersøgelsen underbygger desuden, at der er en særlig udfordring i forhold til lægedækning i alle dele af landet, og at incitamenterne for speciallæger i almen medicin til at søge beskæftigelse i lægedæknings-truede områder er begrænsede.¹⁴⁶

En undersøgelse fra Yngre Læger viser bl.a., at 60 pct. af almenmedicinere under uddannelse har et ønske om at eje egen praksis, mens 14 pct. ikke har, og 26 pct. er uafklarede. Resultaterne viser, at en andel af fremtidens almenmedicinere ikke nødvendigvis passer ind i de traditionelle praksisformer, hvor langt

145 Madsen, Marie Henriette m.fl. "Speciallæge i almen medicin - En undersøgelse af begrundelser for forskellige karrierevalg- og veje". VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2023.

146 Madsen, Marie Henriette m.fl. "Speciallæge i almen medicin - En undersøgelse af begrundelser for forskellige karrierevalg- og veje". VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2023.

størstedelen af læger i almenmedicinske tilbud i dag er ejerlæger. Undersøgelsen viser også, at lægers præferencer for at være ejer eller ansat kan skifte gennem livet. De yngre læger ønsker hovedsageligt at arbejde i kompagniskabs- eller samarbejdspraksis, og næsten ingen ønsker en solopraksis.¹⁴⁷

Trivsel blandt alment praktiserende læger

Over de seneste 20 år er der foretaget trivselsundersøgelser blandt de alment praktiserende læger med nogle års mellemrum. Undersøgelserne viser, at der fra 2012 til 2016 var en stor stigning i forekomsten af udbrændthed. Udbrændthed er karakteriseret ved emotionel udmattelse, depersonalisering og lavt personligt jobudbytte, og kan resultere i søvnbesvær, lavt selv vurderet helbred, risikobetonet forbrug af alkohol og ønske om tidlig pensionering. Undersøgelsen tolker stigningen som en reaktion på konflikten mellem Praktiserende Lægers Organisation og regionerne i 2013, men 10 år efter konflikten er det høje niveau fastholdt og fortsat stigende.¹⁴⁸

Den nyeste udgave af undersøgelsen fra 2023 finder, at 34 pct. af alment praktiserende læger opfyldte kriterierne for moderat udbrændthed, og 14 pct. opfyldte kriterierne for alvorlig udbrændthed. Det er en tilvækst af moderat udbrændte på 21 pct. siden den seneste måling i 2019 og en tilvækst af alvorligt udbrændte på 44 pct. Undersøgelsen viser, at der er et generelt højt niveau i udbrændthed på tværs af landet, men også mindre regionale forskelle. Korrigeret for køn- og aldersforskelle har Region Sjælland den højeste forekomst af moderat udbrændthed på 52 pct., og Region Sjælland og Region Nordjylland har den højeste forekomst af alvorlig udbrændthed på ca. 16 pct. En forklaring på variationen kan være, at alment praktiserende læger i områder med lægemangel føler sig forpligtet til at håndtere flere patienter, end de ellers ville, og dermed øger deres arbejdstid. Forekomsten af udbrændthed kan også være relateret til patienternes grad af sygelighed.¹⁴⁹

Undersøgelsen fra 2023 bygger på spørgeskemadata indsamlet fra ca. 1.700 alment praktiserende læger. Undersøgelsens svarrate er ca. 51 pct., og undersøgelsens forfattere vurderer, at respondenterne er repræsentative for målgruppen. Det kan dog ikke udelukkes, at undersøgelsens resultater er påvirket af selektionsbias.

Samarbejdsrelationen mellem regionerne og Praktiserende Lægers Organisation

I 2012-2013 var der en konflikt mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende Lægers Organisation, som især drejede sig om regionernes ønske om at indskrænke den paritetiske indflydelse på styringen og udviklingen af de almenmedicinske tilbud. Konflikten endte med, at der blev fastlagt et nyt lovgrundlag, som betød, at regionerne fik den endelige beslutningskompetence vedrørende praksisplanlægningen. Andre paritetiske bestemmelser blev ikke påvirket. Som beskrevet tidligere åbnede ændringen af sundhedsloven i 2013 op for nye organisationsformer i almenmedicinske tilbud og blev mødt med modstand fra Praktiserende Lægers Organisation.

Konflikten og den efterfølgende lovændring forværrede et allerede mistillidspræget samarbejdsforhold mellem Praktiserende Lægers Organisation og regionerne.¹⁵⁰ Konflikten bidrog således til et ugunstigt forhandlingsklima ved overenskomstforhandlingerne, som har vanskeliggjort udviklingen af sektoren gennem forhandling. Formanden for honorarstrukturrådet Leif Vestergaard Pedersen har udtalt, at han er "bekymret for, hvor tyndslidt forholdet mellem regionerne og de praktiserende læger er"¹⁵¹, og han udlægger udfordringerne som: "De seneste ti år har virket som en lang, kontinuerlig overenskomstforhandling, hvor der løbende er kommet flere og flere ydelser til. Skal der laves en ydelse? Hvad skal den

147 Yngre Læger. "Yngre Lægers almen praksis-undersøgelse 2023 - ønsker til fremtidig beskæftigelse blandt hoveduddannelses- og speciallæger", 2023.

148 Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet. "Ny rapport om trivsel og udbrændthed blandt praktiserende læger", 13. marts 2024.

149 Pedersen, Anette Fischer, og Peter Vedsted. "Alment praktiserende lægers psykiske arbejdsmiljø og jobtilfredshed 2023". Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet, u.å.

150 Kristensen, Kim. "Sundhedsekspertter tror på lægeaftale efter formandsskifte". Information, 2013.

151 Melbye, Thor. "Formand for Honorarstrukturråd: »Lægens job er ikke at holde styr på en masse ydelser". Dagens Medicin, 2023.

komme til at koste? Samtalerne mellem PLO og regionerne har alt for ofte handlet om takster og ydelser i stedet for de udfordringer, som sundhedsvæsenet har, og det har skabt en ond spiral." Der er omvendt i perioden landet flere aftaler og blandt andet aftale en fælles Vision for Almen praksis 2030.¹⁵²

¹⁵² Danske Regioner og Praktiserende Lægers Organisation. "Vision for almen praksis i 2030", 2020.

Kapitel 5: Praktiserende speciallæger

Kapitel 5 beskriver den nuværende organisering af de praktiserende speciallæger. De praktiserende speciallæger er selvstændigt erhvervsdrivende læger indenfor 15 forskellige medicinske specialer, som indgår en aftale med regionen om at levere speciallægehjælp på vilkår fastsat ved overenskomst. De praktiserende speciallæger leverer speciallægebehandling på hovedfunktionsniveau.

Kapitlet er delt op i tre dele. Den første del af kapitlet beskriver den gældende regulering i relevant lovgivning og overenskomsten. Den anden del beskriver de økonomiske vilkår, incitamenter i sektoren og kapacitet. Den tredje og sidste del beskriver den nuværende opgaveløsning i sektoren og relevante udviklingstendenser, kvalitet og tilgængelighed.

Regulering og organisering af de praktiserende speciallæger

Regionerne har ansvar for at yde vederlagsfri behandling hos praktiserende speciallæger, jf. sundhedslovens § 64. Forpligtelsen gennemføres via overenskomsten med den faglige organisation Foreningen af Speciallæger (FAS) og delforeningen Foreningen af Praktiserende Speciallæger (FAPS). Organiseringen af de praktiserende speciallæger udspringer af sundhedsloven og tilhørende bekendtgørelser, men fastlægges primært i Overenskomst om Speciallægehjælp og regionernes administration af ydernumre og opgaveplacering. Derudover har de faglige selskabers retningslinjer indflydelse på normer og adfærd indenfor det pågældende speciale.

Behandling på hovedfunktionsniveau kan både varetages af de praktiserende speciallæger og af sygehusene, bl.a. i fremskudte ambulante behandlingstilbud. Det er i store træk op til regionen selv at beslutte fordelingen af behandling på hovedfunktionsniveau mellem sygehuse og praktiserende speciallæger. Her er fokus rettet mod de praktiserende speciallæger som sektor, da sygehusene behandles i kapitel 1.

Lovgivning om de praktiserende speciallæger i sundhedsloven

Sundhedsloven indeholder få konkrete bestemmelser om de praktiserende speciallæger. Dog reguleres dele af sektorens virke gennem de generelle bestemmelser om Sundhedsstyrelsens specialeplan og diverse bekendtgørelser. Det kræver et ydernummer for at en læge kan afregne honorarer med regionen.

Sundhedsloven fastslår, at Sundhedsstyrelsen har ansvaret for at nedsætte et rådgivende udvalg for specialeplanlægning med inddragelse af faglige selskaber, regioner og Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Specialeplanen fastlægger de enkelte medicinske specialers kerneopgaver, organisering og forhold, som er af væsentlig betydning for specialets og sygdomsområdets videre udvikling. Specialeplanen er sygehusfokuseret og omhandler beskrivelse og placering af behandling på specialfunktionsniveau. I det arbejde kan relevante snitflader til opgaver hos de praktiserende speciallæger beskrives og reguleres derved de praktiserende speciallæger indirekte. Fx beskriver specialeplanen for dermato-venerologi de gældende kriterier for, at patienter ikke kan behandles i speciallægepraksis, men skal henvises til et sygehus.¹⁵³

Overenskomst om speciallægehjælp

Det er op til den enkelte region at tilrettelægge kapaciteten for de praktiserende speciallæger og specificere samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen. I den forbindelse fastlægges også arbejdsdelingen for ambulante behandling på hovedfunktionsniveau mellem praktiserende speciallæger og sygehuset i et område.

153 Sundhedsstyrelsen. "Specialevejledning for Dermato-venerologi". Sundhedsstyrelsen, 2023.

Foreningen af Speciallæger og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) indgår overenskomstaftaler, som bl.a. fastlægger takster- og honorarer for forskellige sundhedsydelser. De praktiserende speciallæger udgør en privat drevet og offentligt finansieret leverandør til det offentlige behandlingstilbud på hovedfunktionsniveau, som varetages på sygehusene.

I overenskomsten aftales både den fremtidige retning for sektorens udvikling og regulering af sektorens virke. Overenskomsten omfatter bl.a. aftaler om modernisering, digitalisering, kvalitet, tilgængelighed, samarbejde og den økonomiske ramme.

Praksisplan for speciallægehjælp

Det fremgår af Overenskomst om Speciallægehjælp, at der udarbejdes en samlet praksisplanlægning i regionen, som skal fremme udvikling i samarbejdet og opgavefordelingen lokalt. Den enkelte region udarbejder – med bidrag fra den regionale afdeling af Foreningen af Praktiserende Speciallæger – en praksisplan for speciallægehjælp. Planen sætter rammerne for tilrettelæggelsen af kapacitet i sektoren og den fysiske placering af ydernumre til speciallægehjælp og udvikling af kvalitet og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen.

Som led i praksisplanen kan der indgås underliggende aftaler med Foreningen af Praktiserende Speciallæger om implementering og honorarer for eventuelle nye opgaver. Praksisplanen indgår som en del af regionens sundhedsplan, der beskriver regionens samlede opgavevaretagelse og strategier for sundhedsområdet, og danner for de praktiserende speciallæger grundlag for beslutning om de overenskomstmæssige speciallægepraksisforhold og skal fremme udviklingen i samarbejdet og opgavefordelingen lokalt. Der udarbejdes typisk en praksisplan pr. valgperiode i regionen.

Ydernummersystemet

Der anvendes et ydernummersystem til at regulere udbuddet af speciallægehjælp i praksissektoren. Sundhedsloven indeholder en række overordnede bestemmelser for ydernummersystemet, og Overenskomst om speciallægehjælp fastlægger de nærmere vilkår indenfor den ramme.

Det fremgår af overenskomsten, at regionerne fastlægger antallet af ydernumre og den geografiske placering af ydrenumrene med udgangspunkt i praksisplanlægningen. Det indebærer, at regionerne har mulighed for at reducere i antallet af klinikker med udgangspunkt i den samlede planlægning for tilrettelæggelsen af den ambulante speciallægebetjening i regionen eller efter aftale med speciallægesamarbejdsudvalget (SSU). Reduktionen forudsætter, at den samlede plan for tilrettelæggelsen af den ambulante speciallægebetjening viser, at kapaciteten klart overstiger det aktuelle niveau. Reduktionen medfører også en økonomisk godtgørelse for den berørte ejerlæges tab. En eventuel reduktion indebærer dermed både processuelle og økonomiske omstillingsomkostninger for regionerne ved reduktion i ydernumre.

Overenskomsten giver også mulighed for flere typer tidsbegrænset kapacitetsforøgelse, bl.a. gennem ydernumre på licens og udvidelse af eksisterende praksis med en tidsbegrænset ekstrakapacitet. Overenskomstens bestemmelser giver dermed mulighed for, at regionerne kan etablere midlertidige praksisformer i et vist omfang.

Køb og salg af ydernumre

Overenskomsten regulerer i begrænset omfang køb og salg af ydernumre til speciallægehjælp. Overenskomstens primære regulering består af de krav, som stilles til de læger, som vil et eje ydernummer og fungere som praktiserende speciallæge, bl.a. autorisationskrav, krav om børneattest og krav om primær beskæftigelse indenfor overenskomst om speciallægehjælp. Regionen har derudover ingen formel indflydelse på, hvem der kommer til at eje et ydernummer, når det overdrages. Ved etablering af et nyt ydernummer beslutter regionen tildeling.

I forbindelse med videresalg af ydernumre har Foreningen af Speciallæger (FAS) i deres vedtægter fastsat regler for maksimumprisen for, hvad et ydernummer kan koste. Det kaldes også "goodwill". Goodwill må ifølge vedtægterne ikke overstige 150 pct. af de seneste tre regnskabsår gennemsnitlige pristalsregulerede overskud. Op til den grænse er det dermed købers betalingsvillighed, som primært afgør, hvem et ydernummer bliver solgt til.

Paritetsprincippet

Paritetsprincippet refererer til princippet om ligestilling og enighed mellem overenskomstens parter. Overenskomsten indebærer, at der for hver region og nationalt er nedsat et samarbejdsudvalg. Samarbejdsudvalgene behandler bl.a. spørgsmål om fortolkning- og anvendelse af overenskomsten, adfærd- og serviceklager, bestemte tilladelser m.v. Samarbejdsudvalget består af regionen og Foreningen af Praktiserende Speciallæger.

Overenskomsten om speciallægehjælp forudsætter, at uoverensstemmelser om fortolkning af overenskomstaftalen håndteres i samarbejdsudvalgene. Ved fortsat uoverensstemmelse kan sagen indbringes for en uvildig opmand.

Modernisering af medicinske specialer i speciallægepraksis

I Overenskomsten for Speciallægehjælp er der gennem flere år aftalt en lang række nyskabelser. Et eksempel er aftalen om løbende faglige moderniseringer af de lægelige specialer i speciallægepraksis fra 2014. Regionernes Lønnings og Takstnævn og Foreningen af Speciallæger har nedsat et moderniseringsudvalg, som skal understøtte faglig udvikling og kvalitetssikring og holde specialerne opdaterede i henhold til gældende faglige regler og retningslinjer. Den faglige proces skaber et fælles udgangspunkt forud for forhandlingen og forventes at forankre moderniseringerne bedre i sektoren, da repræsentanter for sektoren har bidraget til moderniseringerne. Udvalget behandler som udgangspunkt to specialer årligt med udgangspunkt i en fælles prioriteret rækkefølge, dog som hovedregel ikke i de år, hvor overenskomsten skal genforhandles. Efter moderniseringsrapporten er godkendt, skal parterne forhandle om økonomien for moderniseringen, herunder honorar og udformningen af ydelser i specialet som følge af moderniseringen.

Kontrol med honoraroprævning

Overenskomsten indeholder muligheder for, at regionerne kan foretage såkaldte audits i speciallægepraksis. Det indebærer, at repræsentanter for regionen tager fysisk ud i den pågældende klinik og gennemgår udvalgte journaler for at kontrollere, om klinikken lever op til gældende aftaler. Metoden er ressourcekrævende, men hvis regionen har en mistanke om konkrete uoverensstemmelser mellem udbetalinger og ydet behandling, kan det håndteres på den måde.

Kvalitetsudvikling

Overenskomstens indeholder også flere tiltag om nyttiggørelse, bl.a. af aktivitets- og kvalitetsdata fra speciallægepraksis i nationale databaser, på tværs af sundhedsvæsenet og tilgængeligt for patienter. Etableringen af et nationalt datagrundlag for speciallægepraksis er også igangsat. Det skal bidrage til kvalitetsudvikling, forebyggelse, forskning og sammenhængende patientforløb i det samlede sundhedsvæsen ved at skabe større viden om særligt diagnoser i speciallægepraksis.¹⁵⁴

Etiske retningslinjer

Overenskomsten indeholder etiske retningslinjer, som praktiserende speciallæger skal efterleve. Retningslinjerne fastlægger, at speciallægers beskæftigelse ved siden af overenskomstopgaverne ikke bør have hverken tidsmæssige eller indholdsmæssige konsekvenser for udøvelsen af opgaver under overenskomsten. Der specificeres derudover en række underbetingelser, som beskriver en række konkrete problemstillinger, som praktiserende speciallæger kan støde på. Da de etiske retningslinjer er skrevet ind i overenskomsten, kan et brud udgøre overenskomststridig adfærd og resultere i sanktioner fra samarbejdsudvalget.

154 Sundhedsdatastyrelsen, "Nationalt datagrundlag for speciallægepraksis", 2023.

Kapacitet af speciallægepraksis

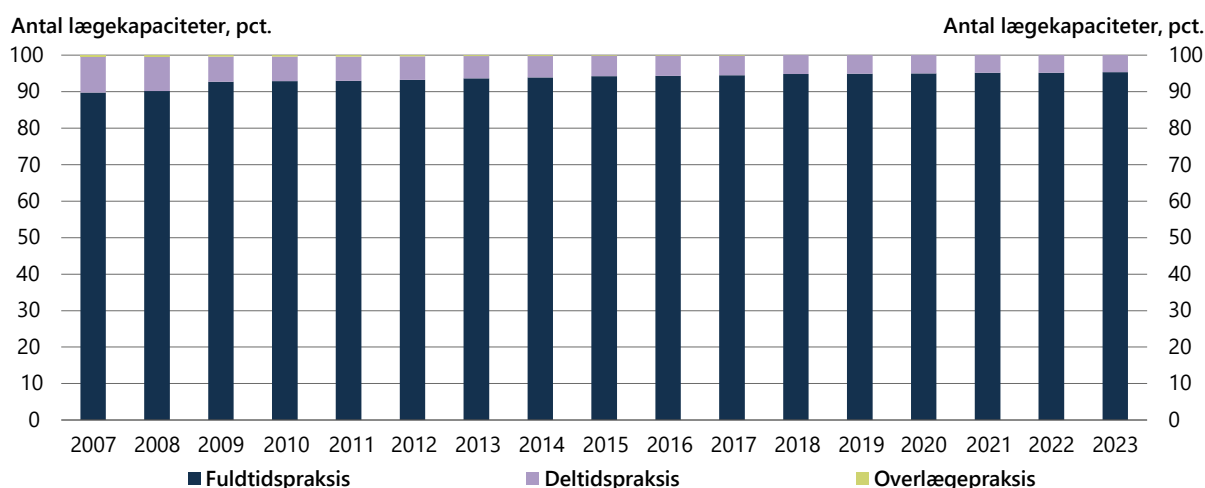
Praktiserende speciallæger er selvstændigt erhvervsdrivende læger, som varetager behandling på hovedfunktionsniveau i små decentrale driftsenheder. Der er i dag ca. 900 lægekcapaciteter fordelt på ca. 1.000 klinikker og 15 medicinske specialer. Siden 2007 er antallet af klinikker faldet med ca. 100 fra 1.086 til 983, mens antallet af lægekcapaciteter er steget med ca. 20.¹⁵⁵ I speciallægepraksis er langt de fleste lægekcapaciteter i fuldtids-enkeltmandspraksis, hvor lægens primære beskæftigelse er i klinikken.

Praksisformer

Historisk har det været muligt at eje ydernumre til bibeskæftigelse, fx deltids- eller overlægeydernumre. Risikoen ved den form for ydernumre er, at deltidsbeskæftigelse i privat praksis risikerer at undergrave lægens engagement i sin primære beskæftigelse i det offentlige sundhedsvæsen. Desuden kan det indebære et u hensigtsmæssigt incitament til at opdele patientforløb af økonomiske årsager. Deltidsydernumre er blevet begrænset, og overlægeydernumre er blevet afskaffet.

I dag er den langt mest udbredte praksisform fuldtids-enkeltmandspraksis, hvor lægens primære beskæftigelse er i klinikken, jf. figur 5.1. Praksistypen består oftest af en ejerlæge og en eller flere personaler.

Figur 5.1
Andel lægekcapaciteter i speciallægepraksis fordelt på praksistype



Anm.: Tal vedrørende 2022 og 2023 er foreløbige

Kilde: eSundhed: CSC Scandihealth & Danske Regioner

Organiseringen af de praktiserende speciallæger i enkeltmands-fuldtidspraksis har en række afledte effekter, både på den faglige kvalitet i praksis og for den rolle, som praktiserende speciallæger kan spille i sundhedsvæsenet.

Praktiserende speciallæger udgør en mulighed for decentral placering af behandling på hovedfunktionsniveau. Desuden har lægerne typisk stor kontinuitet i klinikken og mange års erfaring i faget og med de typiske opgaver i praksissektoren. Enkeltmandsklinikker indebærer dog pr. definition også et fravær af daglig, lægefaglig sparring. Det kan medføre en risiko for faglig isolation, da lægens tilegnelse af den nyeste

155 eSundhed. "Andre ydere i praksis: Speciallæger". eSundhed, u.å.

viden og metode indenfor specialet falder tilbage på den enkeltes læges engagement i kvalitetsklynger og selvstudier.¹⁵⁶ Sundhedsstyrelsen vurderer, at klinikens monofaglighed medfører, at praktiserende speciallæger primært kan varetage afgrænsede og rutineprægede sundhedsmæssige problemstillinger.

Økonomi, incitamenter og kapacitet

I det følgende gennemgås den økonomiske styring og udviklingen i kapaciteten for praktiserende speciallæger.

Økonomisk ramme for speciallægehjælp

Den økonomiske ramme for speciallægehjælp er i overenskomsten mellem Regionernes Lønnings og Takstnavn og Foreningen af Speciallæger fastsat til ca. 3,4 mia. kr. (niveau 1. oktober 2021). I det seneste opgjorte år (2021) svarede de årlige udgifter til speciallægehjælp ca. til den aftalte økonomiske ramme. Hvis de årlige udgifter til speciallægehjælp overstiger den aftalte økonomiske ramme, sker en nedsættelse af honorarerne med virkning fra den førstkomende regulering (halvårligt) for det eller de specialer, der har overskredet rammen. Nedsættelse af honorarerne skal svare til forskellen mellem den aftalte økonomiske ramme og de faktiske udgifter, men kan dog højst udgøre 2,5 procent.

Der er i overenskomsten desuden fastsat minimumskrav for en praksis' omsætning. De specifikke krav afhænger af, om det er en deltids- eller fuldtidspraksis. Derudover er der for fuldtidspraksis fastsat en knækgrænse for den enkelte speciallægepraksis' omsætning. Hvis den årlige omsætning i en speciallægepraksis overstiger knækgrænsen, reduceres honorarer for aktivitet herudover med 40 pct. For deltidspraksis er der fastsat et omsætningsloft, som indebærer, at speciallægepraksissen ikke modtager honorarer, hvis speciallægen omsætter udover omsætningsloftet. Speciallægerne er samtidig forpligtede til at fordele deres omsætning jævnt over året, og der må ikke lukkes for behandling før årets udgang, fx fordi knækgrænsen eller omsætningsgrænsen er nået.

Lokale aftaler om overtagelse af sygehusopgaver

Regionerne kan indgå lokale aftaler med den regionale afdeling af Foreningen af Speciallæger om overdragelse af udvalgt behandling på hovedfunktionsniveau fra sygehus til speciallægepraksis. Omsætningen fra behandling som udføres under lokale aftaler indgår ikke i en praksis' omsætningsloft eller knækgrænse.

Aktivitet i speciallægepraksis udenfor offentligt regi

Speciallægepraksis må i udgangspunktet gerne behandle patienter udenom den offentlige sygesikring i deres klinik, så længe de lever op til bestemmelsen om primær beskæftigelse indenfor overenskomsten, som beskrevet i de etiske retningslinjer. Når behandlingen leveres indenfor overenskomsten, er honoraret fastlagt, men når behandlingen leveres udenom overenskomsten, kan honoraret i princippet aftales frit mellem læge og patient.

Det økonomiske incitament til at behandle patienter udenom overenskomsten har givet anledning til bekymring for, om visse læger tilbød behandling udenom køen til betalingsvillige patienter. De etiske retningslinjer i overenskomsten fastslår, at den type adfærd ikke er tilladt.

Incitamenter

Den nuværende honorarstruktur er baseret på aktivitetsbaserede honorarer. Det giver stort incitament til produktivitet og effektivitet i den enkelte klinik. For hver klinik gælder en knækgrænse, som er et blødt omsætningsloft. Knækgrænsen balancerer, at den enkelte klinik på det tidspunkt, hvor det må formodes, at de faste omkostninger er dækket, fortsat har incitament til at behandle patienter, samtidig med at det

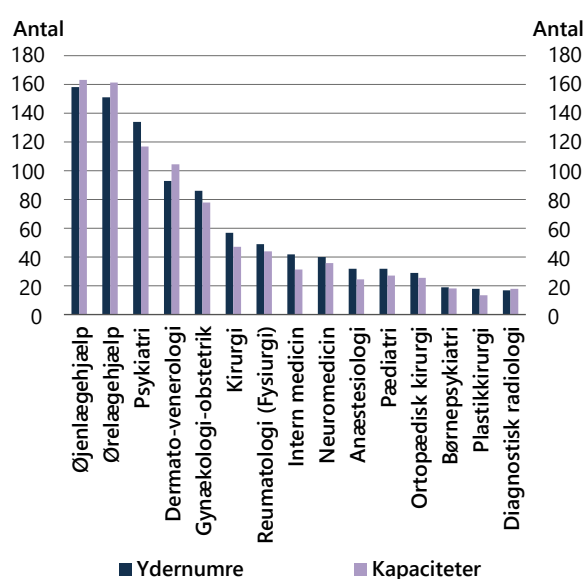
¹⁵⁶ Vestergaard, Leif og Frank Ingemann. "Idépapir om speciallægepraksis". Ekspertbidrag, 2024.

offentlig opnår del i gevinsten ved reducerede marginalomkostninger. Knækgrænsen bidrager desuden til overholdelse af den økonomiske ramme. Overenskomsten har særskilt honorering for faglig konferering, bl.a. med alment praktiserende læge.

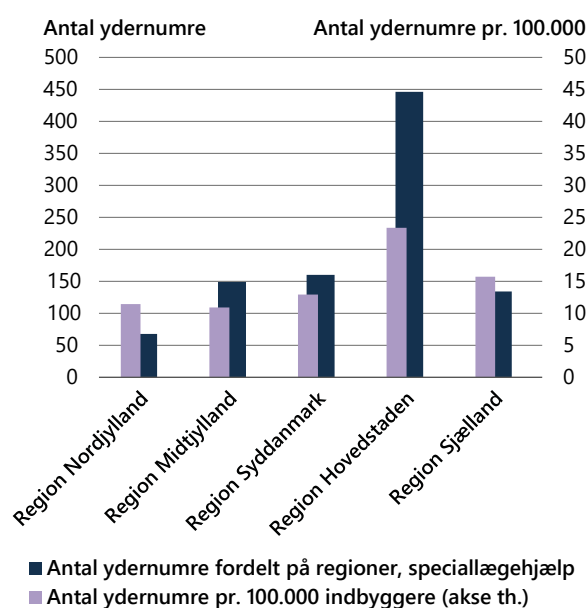
Kapacitet og geografisk fordeling

Sektoren udgøres af ca. 900 fuldtidspraktiserende speciallæger fordelt på 15 medicinske specialer, blandt andet praktiserende øjenlæger, øre-næse-hals-læger og gynækologer, jf. figur 5.2. De praktiserende speciallæger udfører speciallægebehandling på hovedfunktionsniveau.

Figur 5.2
Fordeling af ydernumre og lægekapaciteter på medicinske specialer



Figur 5.3
Fordeling af ydernumre mellem regioner



Anm.: En kapacitet defineres på baggrund af den måde, det opgøres på i Yderregisteret, som en administrativ enhed, som anvendes til at regulere udbuddet af ydelser under sygesikringen. Der kan være nul, én eller flere kapaciteter tilknyttet et ydernummer. Bemærk at deltidspraksis som udgangspunkt indgår med nul kapaciteter i opgørelsen.

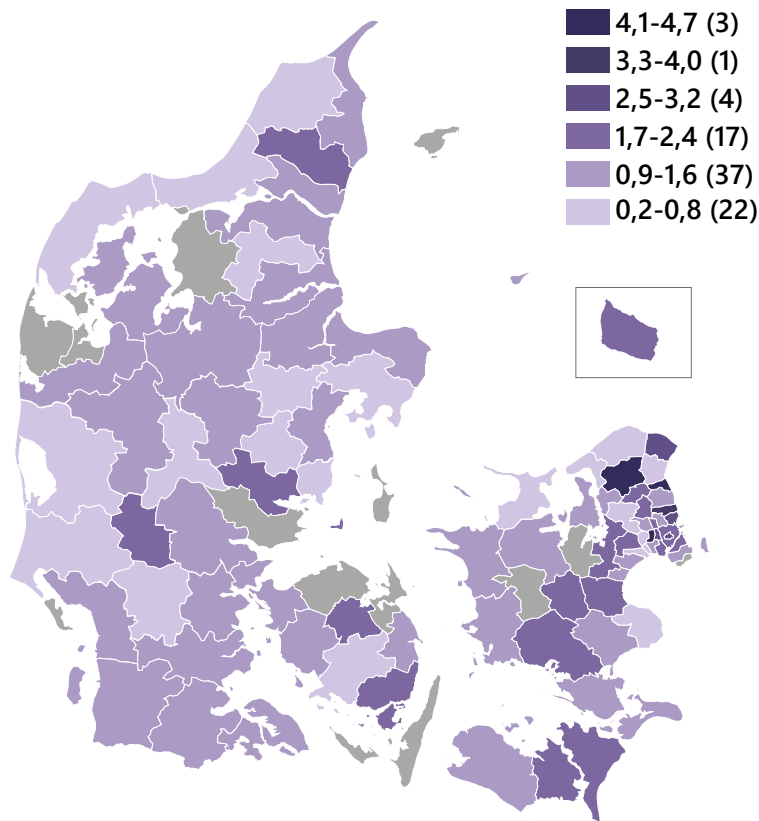
Kilde: Yderregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen

De privatpraktiserende speciallæger er uensartet udbredt på tværs af landet, hvor antallet af ydernumre til privatpraktiserende speciallæger er markant højere i Region Hovedstaden, både i samlet antal og proportionelt i forhold til indbyggere i regionerne, jf. figur 5.3. I dag ligger 47 pct. af landets ydernumre til speciallægehjælp i Region Hovedstaden, og i ni af de 15 medicinske specialer, hvor der er udstedt ydernumre, ligger mellem 50-94 pct. af ydernumre i Region Hovedstaden.

Forskellene i fordelingen af speciallæger kan genfindes indenfor regionerne på kommunalt niveau, og generelt mellem Øst- og Vestdanmark, hvor antal praktiserende speciallæger per 10.000 indbyggere varierer betydeligt, jf. figur 5.4.

Da fordelingen af speciallæger er ulige på tværs af landet generelt set, kan fordelingen af speciallægepraksis bl.a. afspejle, at regioner med relativt få speciallæger er tilbageholdende med at oprette nye ydernumre, da det kan medføre afgang af en lokal sygehuslæge. Udbredelsen i en bestemt region er dermed også et resultat af regionens disponering af økonomiske og medicinske ressourcer.

Figur 5.4
Variation i antallet af speciallæger



Anm.: En kapacitet defineres på baggrund af den måde, det opgøres på i Yderregisteret, som en administrativ enhed, som anvendes til at regulere udbuddet af ydelser under sygesikringen. Der kan være nul, én eller flere kapaciteter tilknyttet et ydernummer. Bemærk at deltidspraksis som udgangspunkt indgår med nul kapaciteter i opgørelsen.

Kilde: Yderregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen

Ventetider

Ventetider hos praktiserende speciallæger kan variere fra specialet til speciale og på tværs af landet. På landsplan varierer ventetiderne fx mellem fire og 400 uger for speciallæger i psykiatri. Den gennemsnitlige ventetid er 104 uger, og medianen er 82. I Region Nordjylland er den korteste ventetid 150 uger, mens den er fire uger i Region Hovedstaden. I både Region Sjælland og Syddanmark er den korteste ventetid ca. 50 uger, og i Region Midtjylland er den ca. 100 uger.¹⁵⁷ Ventetiderne til psykiatere er generelt længere end andre specialer.

Forskellene i ventetider kan bl.a. være udtryk for de enkelte regioners strategi i forhold til arbejdsdeling mellem sygehuse og praktiserende speciallæger. Regionerne foretager ikke en central prioritering af patienterne på tværs af sygehus og praksissektorer kapacitet. Derfor forudsætter prioritering, at den henvisende læge (oftest den alment praktiserende læge) undersøger, i hvilken sektor ventetiden er kortest.

¹⁵⁷ Sundhed.dk, "Find behandler", u.å.

Opgaveløsning

I det følgende afsnit beskrives opgaveløsningen i speciallægepraksis, herunder udviklingen i sektorens opgaveløsning, kvaliteten af opgaveløsningen, tilgængeligheden i sektoren og patienternes tilfredshed.

I 2022 var i alt ca. 5,3 mio. kontakter til praktiserende speciallæger fordelt på ca. 2 mio. borgere. Af det samlede antal kontakter var henholdsvis 1,2 mio. og 1,1 mio. kontakter til ørelæger og øjenlæger.

Patienttilfredshed

I 2013 og 2017 blev der udarbejdet undersøgelser af den patientoplevede kvalitet i speciallægepraksis med udgangspunkt i et spørgeskema tilbudt til alle patienter i en periode. Formålet med undersøgelsen var at tilvejebringe viden om den patientoplevede kvalitet til de praktiserende speciallægers arbejde med kvaliteten.

Undersøgelsen viste generelt høj tilfredshed med den kvalitet, som de praktiserende speciallæger leverede. Fx angav 98 ud af 100 patienter, der har deltaget i undersøgelsen om patientoplevet kvalitet, at de vil anbefale den speciallægeklinik, som de har anvendt.¹⁵⁸

Kvalitet og kvalitetsudvikling

Rammerne for den faglige kvalitetsudvikling af de praktiserende speciallæger aftales i overenskomsten mellem Regionernes Lønnings og Foreningen af Speciallæger.

Akkreditering af speciallægepraksis

Gennem længere tid har der været indgået aftaler om kvalitetsudvikling i speciallægepraksis. Siden 2011 har de praktiserende speciallæger været omfattet af en national akkrediteringsmodel, kendt som Den Danske Kvalitetsmodel. Modellen indebærer, at alle praksisområder skal kvalitetssikres og -udvikles gennem en løbende akkrediteringsproces, hvor der skal udvikles procedurer for løbende at sikre klinikens kvalitet.¹⁵⁹ Udviklingen af en ny kvalitetsmodel til erstatning for speciallægepraksis er også igangsat. Fra 2022 har overenskomsten udfaset akkrediteringsmodellen, og erstattet den med en ny kvalitetsmodel.

Ny kvalitetsmodel i speciallægepraksis

I Overenskomst om Speciallægehjælp fra 2022 er aftalt en ny kvalitetsmodel i speciallægepraksis. Kvalitetsmodellen viderefører i vidt omfang de eksisterende indsatsområder fra akkrediteringsmodellen, men etablerer som et nyt indsatsområde kvalitetsklynger for alle praktiserende speciallæger.

Hovedelementerne i kvalitetsmodellen er:

- Datadrevet kvalitetsarbejde og rapportering til kliniske kvalitetsdatabaser
- Fortsat arbejde med patientrapporterede oplysninger (PRO-data) eller andre former for patientinddragelse i alle specialer
- Fortsat arbejde med elementer af organisatorisk kvalitet på baggrund af erfaringerne fra akkrediteringen
- Etablering af kvalitetsklynger for alle praktiserende speciallæger

158 eKVIS (Enheden for Kvalitet i Speciallægepraksis) og Rambøll Management Consulting, "Undersøgelse af patientoplevet kvalitet i speciallægepraksis 2017", 2017.

159 Madsen, Marie Henriette og Sarah Wadmann. "Forankring af akkreditering i speciallægepraksis: et kvalitativt casestudie". VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2019.

Modellen kan udvikles og tilpasses i forhold til ændrede behov, når der er enighed om det i styregruppen for Enheden for kvalitet i speciallægepraksis (eKVIS) eller blandt overenskomstens parter.¹⁶⁰ eKVIS er nedsat af overenskomstens parter til at koordinere og implementere de kvalitetstemaer og redskaber, der er fastlagt i overenskomsten.

Specialeråd

Alle regioner har nedsat lægelige specialeråd, som skal sikre faglig rådgivning af og dialog med det politiske og ledelsesmæssige niveau. Specialerådene er faglige råd, der ikke drøfter overenskomstforhold. For at styrke samarbejdet mellem praktiserende speciallæger og sygehusene har flere regioner repræsentation fra speciallægepraksis i specialerådende indenfor samtlige af de specialer, hvor der er praktiserende speciallæger med ydernummer i regionen. Specialerådene udfylder dermed en rolle, der kan drøfte rammer for opdatering af faglige standarder og faglig udvikling med regionale ledere og politikere.

Tilgængelighed

Overenskomsten fastlægger et antal normale åbningstimer, som klinikken er forpligtet til at overholde, men overenskomsten forpligter ikke klinikkerne til at have åbent et antal dage om ugen. Speciallægepraksis er som udgangspunkt åbent i dagtid, men er forpligtet til at tilbyde konsultationer udenfor almindelig arbejdstid én hverdag om ugen. Det er muligt at lave lokale aftaler om udvidede åbningstider. Det findes ikke offentligt tilgængelige data om åbningstider i speciallægepraksis.

En udfordring med tilgængeligheden i speciallægepraksis er, at de som selvstændige erhvervsdrivende har hver sit kundegrundlag og venteliste. Patienten skal dermed selv fremsøge relevante speciallægepraksis, fx gennem sundhed.dk, og kontakte hver enkelt speciallægepraksis at forhøre sig om ventetider.

Speciallægepraksis er ikke omfattet af patientrettigheder som behandlings- og udredningsret, der gælder på sygehusområdet. I praksis betyder det, at der er regionale forskelle på hvilke typer behandling der er omfattet af patientrettigheder, afhængigt af hvordan regionen har organiseret den ambulante behandling på hovedfunktionsniveau.

160 Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Foreningen af Speciallæger. "Overenskomst om Speciallægehjælp", 2022.

Kapitel 6: Den øvrige praksissektor

Kapitel 6 omfatter sundhedstilbud indenfor tandlægehjælp, tandpleje, fysioterapi, kiropraktik, psykologhjælp, fodterapi og apotekersektoren. Da kommissionens anbefalinger primært knytter sig til de almenmedicinske tilbud og de praktiserende speciallæger, beskrives den øvrige praksissektor overordnet og deskriptivt.

Regulering og organisering af den øvrige praksissektor

Praksissektoren reguleres til dels i sundhedsloven, men størstedelen af reguleringen fastsættes i overenskomstaftaler. Sundhedsloven angiver de overordnede regler for regionerne og praksissektoren, bl.a. regionernes forpligtelse til at yde tilskud til ydelser i praksissektoren og særlige vilkår for behandling på forskellige fagområder indenfor den øvrige praksissektor. Overenskomstaftalerne, som indgås af Regionernes Lønnings og Takstnævn og den forhandlingsberettigede organisation på det enkelte fagområde, fastlægger de konkrete rammer for praksissektoren, herunder økonomi, vilkår og opgaver og regionernes styringsredskaber og klageregler. Regionerne kan vælge at inddrage den øvrige praksissektor i praksisplanlægningen.

Regulering af den øvrige praksissektor via overenskomst

Der er visse fællestræk ved overenskomstreguleringen, bl.a. ydernummersystemet og paritetsprincippet, som med variationer er faste dele af overenskomster for praksissektoren generelt.

På tværs af praksissektoren aftales fx bestemmelser om behandlinger (ydelser), takster (honorarer), styringsredskaber om økonomi, kapacitet, klageregler og den fremtidige retning for sektorens udvikling i overenskomsterne. Desuden fastlægges kravene til den enkelte sundhedsperson, som er omfattet af overenskomsten, bl.a. krav om at leve op til faglige, kliniske retningslinjer med relevans for deres område.

Økonomi

I hovedreglen indebærer overenskomstaftalerne økonomisk rammestyling. Overenskomstens parter – Regionernes Lønning- og Takstnævn og den forhandlingsberettigede organisation – aftaler en samlet årlig økonomisk ramme for sektoren. Rammen afspejler behovet for offentligt tilskud til ydelser i den pågældende sektor. Det er derefter sektorens ansvar at overholde rammen, og der aftales reaktioner i tilfælde af, at rammen overskrides, fx knækgrensere og modregning i følgende års honorarer.

Ydernummersystemet

I praksissektoren bruges et ydernummersystem til at regulere afregning af honorarer med den offentlige sygesikring. Ydernummersystemet omfatter i den øvrige praksissektor tandlæger, tandplejere, fysioterapeuter, fodterapeuter, kiropraktorer og psykologer. Der knytter sig visse betingelser til ydernumre, som varierer mellem sektorer, bl.a. om ejerskab af ydernumre.

Et ydernummer fungerer i de fleste tilfælde som en kapacitetsenhed, der er knyttet til et specifikt geografisk område, og indgår i den regionale sundhedsplanlægning. Til et ydernummer i den øvrige praksissektor knytter sig typisk et omsætningsloft, som begrænser aktiviteten hos den enkelte ydere i praksissektoren.

Paritetsprincippet

Paritetsprincippet refererer til princippet om ligestilling og enighed mellem overenskomstens parter, regionerne (som arbejdsgiver) og sundhedspersonalets fagforeninger (som arbejdstagerrepræsentanter). Når der forhandles overenskomster og aftaler om arbejdsvilkår og lønninger for sundhedspersonalet, skal begge parter være enige om de indgåede aftaler og fortolkningen af aftalerne.

I hver region er der nedsat samarbejdsudvalg for de forskellige dele af praksissektoren. Samarbejdsudvalgene behandler spørgsmål om fortolkning og anvendelse af overenskomsten, adfærd- og serviceklager, bestemte tilladelser m.v. Samarbejdsudvalget består af repræsentanter for regionen og den faglige organisation. Uoverensstemmelser om fortolkning af overenskomstaftalen håndteres i det relevante samarbejdsudvalg, først på regionsniveau og derefter i et nationalt samarbejdsudvalg. Ved fortsat uoverensstemmelse kan sagen indbringes for en uvildig opmand. I praksis anvendes den mulighed dog sjældent, da det er tids- og ressourcekrævende.

Paritetsprincippet kan medføre visse udfordringer for regionerne, da både fastlæggelsen af opgaver og afklaring af eventuelle tvister finder sted i et paritetisk rum. Det kan reducere regionernes mulighed for at følge op på kvalitetsbrister hos sundhedspersonen.

Særligt om voksentandplejen

For voksentandplejen gælder det særlige forhold, at der ikke er en overenskomst, men at indholdet af den tidligere gældende overenskomst foreløbigt er videreført ved lov.

Regionernes Lønnings og Takstnævne opsagde Overenskomst om tandlægehjælp den 28. februar 2018 med virkning pr. 1. juni 2018. Baggrunden for opsigelsen var, at det ikke har været muligt at opnå enighed i forhandlingerne med Tandlægeforeningen om styringsmekanismer i overenskomsten, som kunne modvirke de årlige rammeoverskridelser i perioden 2015- 2017 på ca. 20 pct. af den samlede økonomiske ramme i voksentandplejen.

Sundheds- og Ældreministeriet fremsatte den 2. maj 2018 forslag for Folketinget om en hastelovændring med henblik på at sikre patienternes fortsatte adgang til tandpleje med offentligt tilskud og overholdelse af de nuværende økonomiske rammer indtil en ny model for voksentandplejen kan fastlægges.

Det fremgår af den politiske aftale, at aftalepartierne er enige om at igangsætte et arbejde, der skal undersøge modeller for voksentandplejen, som kan understøtte og udbygge den gode og tværfaglige forebyggelsesindsats i Danmark, understøtte bedre overgange mellem børne- og ungetandplejen og voksentandplejen, understøtte social lighed i tandsundhed, og understøtte lavere og mere rimelige priser i tandplejen. Det er her en forudsætning, at det generelle niveau for brugerbetaling ikke må stige, og at en model kan realiseres indenfor den nuværende aftalte økonomiske ramme for regionernes tilskud til behandling hos tandlæge i praksissektoren (ca. 1,38 mia. kr. i 2017-niveau).

Økonomi, incitament og kapacitet

I det følgende fremgår overblik over de økonomiske rammer for praksissektoren og kapaciteten fordelt på regioner.

Økonomisk ramme for den øvrige praksissektor

Som tidligere nævnt er den øvrige praksissektor i høj grad underlagt rammestyring. I tabel 6.1 ses et skematisk overblik over, hvilke opgaver den øvrige praksissektor løser med offentlig finansiering og den økonomiske ramme for det offentlige forbrug.

Fælles for ydere i den øvrige praksissektor er, at de må levere behandling til borgere, både med og uden offentligt tilskud, men behandling med offentligt tilskud kræver en henvisning fra en alment praktiserende læge. Regionerne kan herudover vælge at indgå lokale aftaler om løsning af yderligere opgaver.

Tabel 6.1

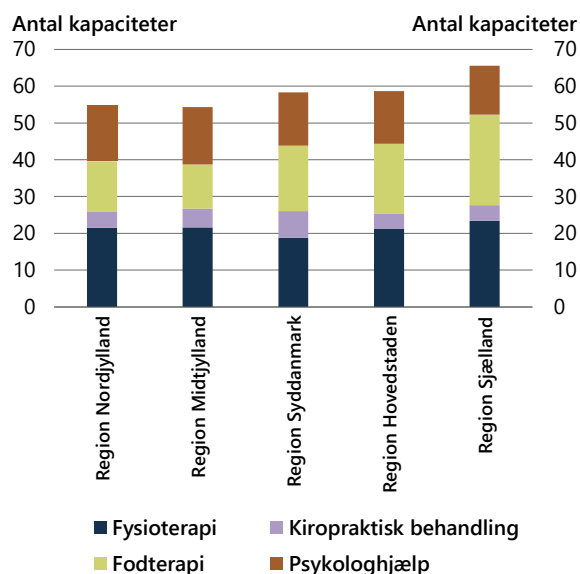
Praksissektorens offentligt finansierede opgaver og økonomi

	Offentligt finansierede opgaver i den øvrige praksissektor	Økonomi
Fysioterapeuter	Regionerne yder tilskud til almen fysioterapi efter lægehenvi- sning, jf. sundhedslovens § 67. Kommunerne yder vedlagsfri fysioterapi til særlige grupper efter lægehenvi- sning, jf. sundhedslovens §140 a.	Den økonomiske ramme (overenskomst) er ca. 1,6 mia. årligt.
Fodterapeuter	Regionsrådet yder tilskud til behandling hos fodterapeut efter henvi- sning fra praktiserende læge til bestemte grupper, jf. sundhedslovens §68.	Den økonomiske ramme (overenskomst) er ca. 150 mio. kr. årligt.
Psykologer	Regionen yder tilskud til behandling hos psykolog efter læge- henvi- sning, jf. sundhedslovens § 69. Regionerne yder vedlagsfri psykologbehandling til visse unge mellem 18 og 24 år.	Den økonomiske ramme (overenskomst) er ca. 380 mio. kr. årligt.
Kiropraktorer	Regionen yder tilskud til behandling hos kiropraktor, jf. sundheds- lovens §§ 66 og 72. Kiropraktisk behandling er ikke omfattet af krav om lægehenvi- sning.	Den økonomiske ramme (overenskomst) er ca. 135 mio. kr. årligt.
Tandlæger og tandplejere	Regionen yder tilskud til behandling hos praktiserende tandlæge og tandplejer for den voksne befolkning over 21 år efter Sundhedslovens § 64 b.	Den økonomiske ramme (bekendtgørelse) er ca. 1,5 mia. om året.

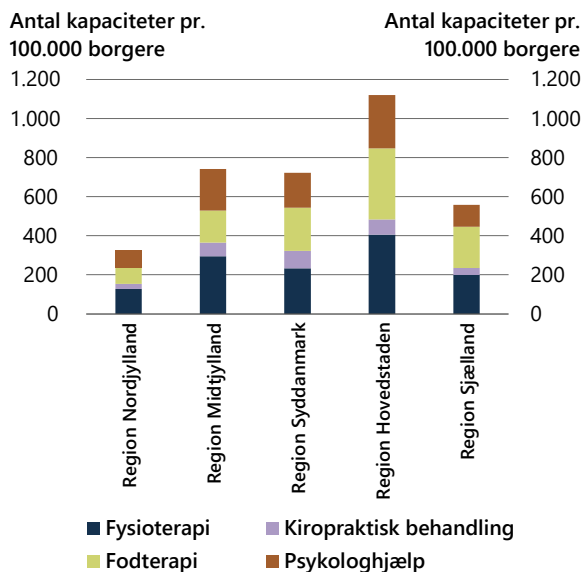
Kapacitet i den øvrige praksissektor

I den øvrige praksissektor er der ca. 3.500 kapaciteter på landsplan fraregnet tandlæger. Kapaciteterne fordeler sig på ca. 1.300 fysioterapeuter, 1.000 fodterapeuter, 900 psykologer og 300 kiropraktorer. Den største andel af kapaciteter i den øvrige praksissektor er ansat i Region Hovedstaden, jf. figur 6.1. Kapaciteten i den øvrige praksissektor er relativt ligeligt fordelt mellem regionerne, når der tages højde for befolkningsstørrelse i hver region, jf. figur 6.2. Region Sjælland, som har flest kapaciteter, har aftale med ca. 65 kapaciteter pr. 100.000 borgere, og Region Midtjylland, som har færrest, har ca. 54 kapaciteter pr. 100.000 borgere. Landsgennemsnittet er 58 kapaciteter pr. 100.000.

Figur 6.1
Regional kapacitetsfordeling i den øvrige
praksissektor, 2023



Figur 6.2
Regional kapacitetsfordeling i den øvrige
praksissektor pr. 100.000 borgere, 2023



Anm.: En kapacitet svarer omtrent til en fuldtidsstilling, men defineres på baggrund af den måde, det opgøres på i Yderregisteret, som en administrativ enhed, som anvendes til at regulere udbuddet af ydelser under sygesikringen. Der kan være nul, én eller flere kapaciteter tilknyttet et ydernummer. Bemærk at deltidspraksis som udgangspunkt indgår med nul kapaciteter i opgørelsen. Tallene er foreløbige.

Kilde: CSC Scandihealth, Danske Regioner og Danmarks Statistik. Egne beregninger.

Apotekersektoren

Apotekerne har eneret til at sælge receptpligtige lægemidler til forbrugerne. Derudover tilbyder apoteker visse sundhedsrelaterede ydelser i form af blandt andet medicinsamtaler og dosisdispensering.

Apotekerloven opstiller de krav, der gælder for at kunne udøve apoteksvirksomhed, herunder betingelserne for at opnå en bevilling til at drive et apotek. Et apotek drives af en privatperson – apotekeren – der har fået bevilling fra Lægemiddelstyrelsen til at drive apotek et bestemt sted. Hver apoteker har et 'moderapotek' (dvs. et fysisk apotek). Apotekeren har mulighed for at oprette op til yderligere 7 fysiske apoteker (filialer) indenfor en radius af 75 km fra moderapoteket (dvs. i alt 8 receptekspederende enheder). Hvis apotekeren ønsker at have flere moderapoteker kan han/hun søge om en tillægsbevilling. Der kan opnås op til fire tillægsbevillinger.

Den 1. januar 2023 var fordelingen af apoteker og deres underenheder således:

- 182 apoteker
- 43 tillægsbevillinger
- 2 onlineapoteker

Apotekerloven fastlægger desuden de opgaver, det påhviler apoteket at udføre, og betingelserne for bl.a. at oprette, flytte og nedlægge apoteksenheder. Lægemiddelstyrelsen har det overordnede ansvar for den lovgivning, apotekerne skal følge og rammerne for apotekernes økonomi.

Apotekssektoren er underlagt en statslig økonomisk styring, da en del af apotekernes indtjening er finansieret af det offentlige via medicintilskud, og da sektoren ses som en del af det primære sundhedsvæsen. Styringen sker i henhold til apotekerloven og via to-årige bruttoavanceaftaler mellem Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Danmarks Apotekerforening. Apotekerne skal hvert år indberette deres apoteksregnskab til Lægemiddelstyrelsen.

Kapitel 7: Styring af sektorernes samspil

Der har i mange år været fokus på at skabe bedre rammer for samspillet mellem sektorerne i sundhedsvæsenet om patientforløb og fokus på at understøtte omstilling af behandling til lavere specialiseringsniveau mellem sekundær- og primærsektoren. Kapitel 7 beskriver de aktuelt gældende styringsinstrumenter med fokus på styring af sektorernes samspil.

Kapitlet viser, at der anvendes en række forskellige typer af styringsinstrumenter. Det omhandler både organisering, regulering gennem love og regler og økonomiske incitamenter, der kan skabe tilskyndelse for organisationer og individer til at handle på en bestemt måde som følge af mulige økonomiske gevinster eller tab. Der er også en gruppe af blødere styringsinstrumenter, som i højere grad er tillidsbaseret mellem aktørerne.

Tabel 7.1

Anvendte styringsinstrumenter i sundhedsvæsenet for påvirkning af for sektorernes samspil, opdelt efter type

Type	Styringsinstrument
Regulering	Den nationale kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen
	Regulering af samarbejde via overenskomst om almen praksis
Organisering	Sundhedsklynger
	Sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsaftaler med fælles målsætninger
	Sundhedshuse/Nærhospitaler
Økonomiske incitamenter	Resultatafhængigt tilskud af regionerne (nærhedsfinansiering) (dog fastlåst fra 2019)
	Kommunal medfinansiering af regionale sundhedsvæsenet (KMF) (dog fastlåst fra 2019)
	Kommunal fuldfinansiering (KFF)
Blødere	Aftaler om specifikke målgrupper m.v.
	Kliniske retningslinjer og anbefalinger, forløbsprogrammer.
	Benchmarking (Nationale mål)

Kilde: Inspiration fra tabel om typer af styringsinstrumenter fra Offentlig forvaltning (Blom-Hansen et al. 2018, 2. udgave, Hans Reitzels forlag) og egne tilvirkning.

I forhold til styring af sektorernes samspil er der en række særlige problemstillinger, som er relevante at rette opmærksom på i den videre udvikling af sundhedsvæsenet. Hverken kvalitetsplanen for det nære sundhedsvæsen eller sundhedsklyngerne fungerer i deres nuværende form som de stærke drivkræfter for øget omstilling og sammenhæng, som de oprindeligt var tiltænkt. For kvalitetsplanen kan det være vanskeligt at opnå enighed i forbindelse med ændringer i opgaveløsningen på tværs af sektorer. For sundhedsklyngerne er det også vanskeligt at træffe gensidigt forpligtende beslutninger på tværs af de deltagende myndigheder. Derudover har de finansieringsordninger, der bl.a. skal understøtte incitamenter til øget sammenhæng og omstilling på tværs af sektorer, af forskellige årsager været fastlåste fra 2019. Det gælder både den kommunale medfinansiering af sundhedsområdet (KMF) og det resultatafhængige tilskud til regionernes sundhedsvæsen (nærhedsfinansiering).

Regulering

Ved regulering forstås regler, der kan være enten indholds- eller procesregulerende. Reglerne kan variere fra ufravigelige krav til i højere grad at være rammesættende for arbejde. Det centrale styringsinstrument indenfor kategorien i forhold til regulering af sektorenes samspil er kvalitetsplanen for det nære sundhedsvæsen.

Den nationale kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen

I maj 2022 blev der indgået en politisk aftale mellem den daværende regering og et flertal af folketingets øvrige partier om en sundhedsform, som omfatter indførelsen af en national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen. Den er bl.a. udmøntet som en hjemmel i sundhedsloven, som giver indenrigs- og sundhedsministeren mulighed for at fastsætte forpligtende kvalitetskrav og -anbefalinger, bl.a. til kommunernes sundhedstilbud og tilrettelæggelsen heraf for områder under kvalitetsplanen. Det er også muligt at stille krav til samarbejde med andre aktører, bl.a. for regionernes rådgivning af kommunerne for den del af den kommunale opgavevaretagelse, som er omfattet af kvalitetsplanen.

Sundhedsstyrelsen har i samarbejde med relevante aktører foreløbigt udarbejdet nye nationale kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner og forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, såsom diabetes og KOL. Fx blev det med de nye kvalitetsstandarder for de kommunale akutfunktioner muligt at stille krav til den rådgivning og vejledning, som regionerne skal understøtte kommunernes indsats med via den alment praktiserende læge og sygehuset.

Staten regulerer i overensstemmelse med Det Udvidede Totalbalanceprincip (DUT) det generelle bloktilskud til kommuner og regioner for udgiftsændringer i forbindelse med implementeringen af nye kvalitetsstandarder, fx hvis kommunerne eller regionerne bliver pålagt eller frataget opgaver. Nye udviklingsområder for kvalitetsplanen aftales ved de årlige økonomiforhandlinger.

Regulering af samarbejde mellem alment praktiserende læger og sygehus og kommuner via overenskomst

For de alment praktiserende læger fastsætter den gældende overenskomst rammerne for samarbejdet med sygehuse og kommunalt sundheds- og plejepersonale i bestemte situationer. Det er reguleret i overenskomsten, hvornår der er behov for, at de alment praktiserende læger skal sikre en særlig hurtig opfølgning, efter at en borger har afsluttet et behandlingsforløb på et sygehus eller i speciallægepraksis. Det foregår konkret ved en markering af epikrisen, der sendes fra sygehus eller speciallægepraksis til den alment praktiserende læge. Den alment praktiserende læge er fx forpligtet til en styrket opfølgningsindsats i situationer, hvor der er behov for opsøgende indsatser over for særligt sårbare patienter.

Samtidig regulerer overenskomsten også, at de alment praktiserende læger skal tilbyde e-konsultation med kommunalt plejepersonale i form af enkle, konkrete forespørgsler af ikke-hastende karakter om bestemte helbredsmæssige problemstillinger. Derudover yder de praktiserende læger lægefaglig rådgivning og vurdering af konkret patientrettet behandling ved akut opstået sygdom eller forværring af tilstanden, når de kommunikerer med en kommunal akutfunktion.¹⁶¹

Organisering

Organisering udgør en væsentlig metode i forhold til at sikre, at opgavevaretagelsen placeres hos aktører med de nødvendige forudsætninger m.v. for at løse den givne opgave. Der er etableret en række samarbejdsfora med henblik på at understøtte tværsektorielt samarbejde og sammenhængende patientforløb mellem særligt regioner, kommuner og alment praktiserende læger. Samarbejdet er bl.a. formaliseret i de nyligt etablerede sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg.

161 Praktiserende Lægers Organisation og Regionernes Lønnings- og Takstnævn, "Overenskomst om almen praksis 2022", 2022.

Sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsaftaler med fælles målsætninger

Ved ændring af sundhedsloven i 2022 blev det fastsat, at de hidtidige sundhedskoordinationsudvalg og praksisplanudvalg skulle erstattes af ét sundhedssamarbejdsudvalg mellem alment praktiserende læger, kommune og region i hver region, der bl.a. står for at fastlægge overordnede rammer for samarbejde på tværs af den enkelte regions sundhedsklynger.

Både de tidligere sundhedskoordinationsudvalg og praksisplanudvalg bestod af medlemmer fra kommunerne, regionsområdet og alment praktiserende læger i hver region. Sundhedskoordinationsudvalgene havde til formål at understøtte sammenhængende behandlingsforløb på tværs af regionale og kommunale myndighedsansvar, og skulle bl.a. udarbejde et udkast til sundhedsaftaler mellem regionen og kommunen.¹⁶² De tidligere praksisplanudvalg skulle bl.a. udarbejde en praksisplan om opgaver i almenmedicinske tilbud og snitflader til det øvrige sundhedsvæsen.

I regi af de nye Sundhedssamarbejdsudvalg udarbejdes et udkast til sundhedsaftale, som udgør den overordnede, generelle ramme for samarbejdet på både det somatiske og psykiatriske sundhedsområde mellem kommuner og region, herunder alment praktiserende læger. Sundhedsaftalen er en politisk aftale mellem regionsrådet og de enkelte kommuner, som indgås hvert fjerde år og har til formål at bidrage til sammenhæng og koordinering af tværgående patientforløb på tværs af region og kommuner.

I aftalen opstilles fælles målsætninger for udviklingen af sundhedsområdet generelt i regionen, og de områder og/eller målgrupper, som sundhedssamarbejdsudvalget vælger at indgå aftale om. Målsætningerne skal fastlægges med udgangspunkt i de otte nationale mål for sundhedsvæsenet.¹⁶³ Herudover skal den enkelte aftale godkendes af Sundhedsstyrelsen. Der udarbejdes en midtvejsstatus og en endelig status inden aftalernes udløb, som indsendes til Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsklynger

I 2022 trådte lovgivningen om etablering af sundhedsklynger rundt om landets 21 akutsygehuse i kraft. Der er pr. 1. juli 2022 etableret 22 sundhedsklynger. Formålet med sundhedsklyngerne er at fremme, at mere behandling og opfølgning løses i praksissektoren, i kommunerne og i hjemmet, at sikre bedre sammenhæng om patienten og aflaste sygehuse. Sundhedsklyngerne blev desuden etableret for at skulle løfte populationsansvaret med udgangspunkt i akutsygehuses optageområde og prioritere indsatser, der imødekommer lokale behov og sikrer øget sammenhæng.

Sundhedsklyngerne har bl.a. til opgave at aftale lokale modeller for bedre patientforløb med fokus på kvalitet og nærhed for borgeren, igangsætte samarbejdsprojekter, fx om fælles forebyggelsesindsatser, implementere og følge op på lokalt og nationalt aftalte initiativer og følge nøgletal og data for populationen i sundhedsklyngerne. Benchmarking og brug af data er forudsat at være et drivende grundlag for klyngernes prioritering af indsatser, og der er i forlængelse heraf etableret datapakker fra staten til klyngerne.

Sundhedsklyngerne har både et politisk og et fagligt strategisk niveau. Det politiske niveau for hver sundhedsklynge består af to til tre regionsrådsmedlemmer, herunder regionsrådsformanden, borgmestrene/ fagborgmestrene fra de deltagende kommuner og to praktiserende læger som repræsentanter for de alment praktiserende læger, udpeget af Praktiserende Lægers Organisation (PLO). Det politiske niveau skal desuden inddrage repræsentanter for patienter og pårørende. På fagligt strategisk niveau består hver sundhedsklynge af tre repræsentanter fra regionen, herunder en for psykiatrien, en repræsentant for hver af de deltagende kommuner, to praktiserende læger som repræsentanter for de alment praktiserende læger, udpeget af PLO, og to repræsentanter for patienter og pårørende.

Stort set alle klynger har også etableret operationelle grupper under de politiske og strategiske niveauer med større fokus på de driftsnære spørgsmål og implementeringsopgaven.¹⁶⁴

162 Indenrigs- og Sundhedsministeriet, "Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler", VEJ nr 9698 af 21/08/2009 (2009).

163 Indenrigs- og Sundhedsministeriet, "Vejledning om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsaftaler", VEJ nr 9008 af 11/01/2024 (2024).

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

Tværsæktorielle sundhedshuse/nærhospitaler

Tilskyndelse til samlokation af relevante funktioner og sundhedstilbud på tværs af sektorer er også brugt til at understøtte øget samarbejde og sammenhæng på tværs af sundhedsvæsenet. Siden strukturreformen i 2007 er der etableret mange forskellige typer af sundhedshuse i hele landet, og der bliver løbende etableret nye. Der er etableret sundhedshuse eller lignende i hovedparten af kommunerne, og knap halvdelen af sundhedshusene er etableret tværsæktorielt med både kommunale, regionale og private funktioner og aktører under samme tag.¹⁶⁵ Sundhedshusene kan fx rumme praktiserende læger, praktiserende speciallæger, fysioterapeuter, kommunale sundhedstilbud og regionale tilbud, fx blodprøvetagning, røntgen og jordemoderkonsultationer. Der er dog ikke en entydig definition af et sundhedshus, og tilbuddene og organiseringen varierer på tværs af landet.

Med aftale om sundhedsreform mellem den daværende regering og et flertal af Folketingets øvrige partier fra maj 2022 blev der afsat op til 4 mia. kr. (anlægsmidler) til at oprette op til 25 nærhospitaler. De afsatte midler kan bl.a. gå til ombygning af eksisterende sundhedshuse og nybyggeri og investeringer i IT, teknologi og udstyr. Der blev desuden afsat en særskilt delramme på 500 mio. kr. af den samlede ramme til nærhospitaler til IT, teknologi og udstyr til at understøtte bedre hjemmebehandling.

Nærhospitalerne er tiltænkt et formål om at skabe kortere afstand til udvalgte sygehusfunktioner og bidrage til, at flere borgere, herunder særligt borgere med kroniske sygdomme såsom KOL og hjertesygdomme, oplever et sammenhængende og tilgængeligt sundhedstilbud. Derudover skal det også understøtte bedre hjemmebehandling, fx via digitale løsninger i eget hjem. Nærhospitaler skal dermed indeholde både regionale funktioner og kommunale sundhedsindsatser, ligesom andre aktører også kan indgå, fx praksissektoren. Der er allerede eksempler på det i de nuværende tværsæktorielle sundhedshuse, fx indeholder Center for sundhed i Holstebro både kommunal sygeplejeklinik, praktiserende læge og udvalgte regionale funktioner som jordemoderklinik m.v.

Nærhospitaler indeholder til forskel fra sygehuse kun udvalgte ambulante funktioner (men ingen sengepladser), og har mere begrænsede åbningstider. Nærhospitaler adskiller sig fra eksisterende sundhedshuse ved, at der i højere grad er en fast ramme for, hvilke sygehusfunktioner der bør være tilstede.¹⁶⁶

Regeringen besluttede i februar 2023 at afvente udmøntningen af de 3,5 mia. kr. til etablering af nærhospitaler for at sikre sammenhæng med en eventuelt ny struktur og organisering for sundhedsvæsenet. Det blev samtidig besluttet at udmønte nærhospitalspuljens særskilte delramme på 0,5 mia. kr. til IT, teknologi og udstyr for at styrke indsatsen for udbredelsen af behandling i eget hjem og digitale løsninger, som understøtter nære og sammenhængende tilbud.

Økonomiske incitamenter

Styringsinstrumenter baseret på økonomiske incitamenter kan bruges til at anspore aktører i sundhedsvæsenet i retningen af bestemte handlinger eller adfærd, som det vurderes, at der er behov for at understøtte i en given struktur. Koblingen mellem den økonomiske afregning og målopfyldelsen kan variere i styrke, og instrumentet har som udgangspunkt den største påvirkning af aktørens adfærd, når der er en tydelig sammenhæng.

I det følgende gennemgås eksisterende styringsinstrumenter, der har til hensigt at understøtte bestemte økonomiske incitamenter i relation til samspillet mellem sektorer i sundhedsvæsenet. Instrumenterne har bl.a. til formål at supplere de grundlæggende økonomiske incitamenter, der følger af den generelle økonomiske styring og finansiering af regioner og kommuner, der primært er karakteriseret ved rammestyring og generel finansiering (bloktilskud og kommunale skatteindtægter).

Rammestyringen af regioner og kommuner medfører bl.a., at budgetoverholdelse bliver et centralt styringsparameter for både regioner og det kommunale sundhedsområde og fremmes af bl.a. budgetlovens sanktionsmuligheder. Det er med til at understøtte et lokalt prioriteringsrum og et incitament til effektiv

165 Sundhedsstyrelsen, "Nærhospitaler – Skitse til fagligt oplæg", 2021.

166 Sundhedsstyrelsen, *Faglig ramme for etablering af nærhospitaler*, 2022.

opgavevaretagelse i regioner og kommuner. Samtidigt indebærer rammestyring alt andet lige også en risiko for suboptimering, der kan reducere fokus på prioritering af indsatser, hvis en del af den økonomiske gevinst tilfalder en anden sektor.¹⁶⁷

For alment praktiserende læger er den nuværende honorarstruktur kendetegnet ved betalinger for enkelt-ydelser, som er specificeret med høj detaljeringsgrad. For det enkelte almenmedicinske tilbud skaber honorarstrukturen overordnet set incitamenter til at levere egne behandlinger og konsultationer i overensstemmelse med LEON-princippet fremfor fx at viderehenvise til det øvrige sundhedsvæsen. Den nuværende honorarstruktur understøtter dog også en enkeltydelsestænkning hos de alment praktiserende læger gennem et stort fokus på sammenhængen mellem en given aktivitet og tilhørende særskilt honorering heraf.¹⁶⁸ Det kan i nogle situationer være en hindring for at skabe fokus på sammenhængende patientforløb på tværs af sundhedsvæsenet.

Den kommunale medfinansiering (KMF)

Den kommunale medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen (KMF) blev indført i 2007 for at skabe et yderligere generelt incitament for kommunerne til forebyggelse af sygdom og dermed reducere behovet for behandling på sygehuse. Hensigten var at skabe et supplerende fokus for kommunerne på at indrette sundheds- og ældreindsatser, så de forebyggede sygehusindlæggelser. Kommunernes betalinger til ordningen udgør i 2024 samlet set ca. 25,1 mia. kr.

Modellen er indrettet, så kommuner, hvor borgerne har et træk på det regionale sundhedsvæsen under det "gennemsnitlige" givet sin befolkning, kan opnå en økonomisk fordel det givne år.

I de første år indeholdte ordningen et generelt finansieringselement i form af et fast beløb per borger og en aktivitetsafhængig del. I 2012 blev hele medfinansieringen gjort aktivitetsafhængig. I 2018 blev ordningen gjort aldersdifferentieret for styrke incitamenterne til forebyggelse hos især småbørn og ældre borgere i kommunerne. Det er typisk de befolkningsgrupper, som kommunen har tættest kontakt med i forbindelse med sundheds- og plejeindsatser. Desuden er der blandt ældre en relativ høj forekomst af forebyggelige sygehusophold, fx for dehydrering eller blærebetændelse. Regionernes rolle i ordningen er over perioden samtidig blevet søgt neutraliseret på baggrund af erfaringer med utilsigtede effekter på aktivitet m.v. i regionerne. Helt konkret er det aktivitetsafhængige element i den regionale økonomi blevet søgt fjernet ved, at den marginale indtægt ikke tilfalder regionerne. Indtægterne fra den kommunale medfinansiering har dermed helt samme effekt, og er fordelt på samme vis som bloktilskuddet.

Ordningen har bl.a. bidraget til et politisk og administrativt fokus på sundhed og forebyggelse i kommunerne, da sundhedsområdet med KMF er blevet en markant post på det kommunale budget.¹⁶⁹ Samtidig har ordningen dog også løbende været kritiseret af bl.a. kommuner og eksperter.

Ordningen har fra 2019 været fastlåst for at give kommunerne budgetsikkerhed set bl.a. i lyset af store udsving i betalingen i 2018. Udsvingene skyldtes bl.a. svingende aktivitet i det regionale sundhedsvæsen, nyt DRG-system (DRG18) og indførslen af aldersdifferentiering.¹⁷⁰ Efter fastlåsningsen har ordningen stor økonomisk betydning uden at have de tilsigtede incitamentsvirkninger for kommunerne.

Kommunal Fuldfinansiering (KFF)

Samtidig med indførslen af KMF i 2007 blev der også indført en ordning for Kommunal Fuldfinansiering (KFF) om kommunal finansiering af egne borgeres aktivitet i sundhedsvæsenet på udvalgte områder, som skulle understøtte hensigtsmæssige økonomiske incitamenter i kommunerne, bl.a. for at undgå snitfladeproblematikker mellem kommunen og regionen. Ordningen fungerer ved, at kommunerne betaler takster for henholdsvis specialiseret genoptræning, hospice og færdigbehandlede patienter.

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

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

169 KL, Danske Regioner, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Økonomi- og Indenrigsministeriet, og Finansministeriet. "Evaluering af den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet", 2015.

170 Sundheds- og Ældreministeriet, Social- og Indenrigsministeriet, Finansministeriet, KL, og Danske Regioner. "Den kommunale medfinansiering for 2018", 2020.

Fx fungerer ordningen for færdigbehandlede patienter på nuværende tidspunkt ved, at kommunerne betaler en takst i forbindelse med færdigbehandlingsdage på sygehuse til regioner og staten. Den statslige dagstakst tilbagebetales efterfølgende til kommunerne forholdsmæssigt efter befolkningstal, og påvirker dermed ikke servicerammen for kommunerne under ét. Taksterne for færdigbehandlede patienter på sygehuse skal sikre, at kommunerne har et økonomisk incitament for at hjemtage patienter, som er færdigbehandlede i sygehusregi, og hvor den videre behandling således ikke forudsætter sygehusindlæggelse. På den måde skal ordningen løse en mulig incitamentsudfordring i sektorovergangen fra det sekundære sundhedsvæsen til det primære sundhedsvæsen i kommunerne ved, at kommunerne opnår et tydeligt økonomisk incitament for at sikre en hurtig hjemtagning af patienterne i overensstemmelse med LEON-princippet.

Resultatafhængigt tilskud til regionerne (nærhedsfinansiering)

I 2019 blev der indført et resultatafhængigt tilskud til regionerne (nærhedsfinansiering) på i alt ca. 1,7 mia. kr. (2024-niveau), samtidig med at den statslige aktivitetspulje og produktivitetskravet blev afskaffet. Det markerede et skifte i den statslige styring af regionerne og det sekundære sundhedsvæsen fra fokus på aktivitet og produktivitet til en højere grad af fokus på sammenhæng og omstilling til det primære sundhedsvæsen.

Med nærhedsfinansiering skal den enkelte region opfylde mindst tre ud af fire resultatkriterier, der omhandler omstilling og sammenhæng, for at opnå den fulde finansiering. Ordningen indebærer, at der foretages økonomisk efterregulering af udbetalte tilskud i året efter tilskudsåret på baggrund af den enkelte regions målopfyldelse af kriterierne. Ordningen har til formål at skabe økonomiske incitamenter for sygehuse, bl.a. til at samarbejde med kommunen og alment praktiserende læger om patienterne efter udskrivelse, øge omstillingen af sygehusaktivitet til det primære sundhedsvæsen i kommuner og almenmedicinske tilbud og øge brugen af virtuelle sygehusforløb. Resultatkriterierne kan løbende udskiftet i forhold til bedst muligt at understøtte centrale mål for sundhedsvæsenet, ligesom måltallene opstilles særskilt for hver region afhængig af niveauet.

Der er hidtil ikke foretaget efterregulering i henhold til regionernes opnåede resultater som følge af, at det i de årlige økonomiaftaler er aftalt at suspendere ordningens økonomiske incitamenter, da udefrakommende forhold, såsom COVID-19, har haft en for stor påvirkning på resultaterne. Fx blev der i forbindelse med økonomiaftalen for 2024 aftalt, at den økonomiske efterregulering for 2023 suspenderes som følge af den styrkede aktivitet for at nedbringe ventelister, som blev aftalt mellem regeringen og Danske Regioner i Aftale om en akutplan for sygehusvæsenet i februar 2023.

Det forhold, at der hidtil i løbet af hvert tilskudsår er aftalt ikke at gennemføre økonomisk efterregulering under ordningen, har sandsynligvis medført, at ordningen har haft ingen eller kun en lille effekt i forhold til den regionale styring. For at resultatafhængig finansiering har en reel virkning, skal den økonomiske konsekvens af manglende resultatopnåelse forekomme realistisk, samtidig med at aktørerne også skal opleve at have en reel mulighed for at påvirke resultaterne gennem indsatser.

Blødere styringsinstrumenter

Nedenfor gennemgås en række styringsinstrumenter, der baserer sig på blødere styringsmekanismer. Denne gruppe af instrumenter er kendetegnet ved, at konsekvenserne ved fx manglende målopfyldelse eller regeloverholdelse som udgangspunkt ikke er hårde som fx faste lovkrav eller direkte økonomiske virkemidler. Instrumenter baserer sig i stedet i højere grad på tillid aktørerne imellem. Generelt set kan anvendelsen af blødere styringsinstrumenter have den fordel, at der typisk er større rum og muligheder for at tilpasse opgaveløsningen til lokale forhold og prioriteringer.

Aftaler målrettet specifikke områder og målgrupper

Der er løbende blevet besluttet en række nationale initiativer og aftaler indenfor specifikke områder og målgrupper for at styrke sammenhængen i patientforløb på tværs af sektorerne og skabe bedre rammer for formaliseret samarbejde mellem de sundhedsfaglige aktører i henholdsvis almenmedicinske tilbud, sygehuse og kommuner, fx aftale om faste læger tilknyttet plejecentre og 72-timers behandlingsansvar på sygehuse efter udskrivelse.

Aftalen om faste læger tilknyttet plejecentre blev indgået af regeringen, KL, Danske Regioner og PLO i 2016 og gjort permanent fra 2022 som en del af overenskomsten om almen praksis. Ordningen, som skal bidrage til, at alle plejehjem får tilknyttet en fast plejehjemslæge, har medført færre indlæggelser, bedre medicinering og mere trykke borgere.¹⁷¹ De tilknyttede (alment praktiserende) læger vejleder personalet om symptomer og ændringer i beboernes tilstand, om behandling og medicinering, og fungerer i øvrigt som læge for de beboere, der ønsker det. Regionerne betaler plejehjemslægerne for både rådgivning af personalet og de timer, de bruger på at tilse og behandle patienterne på plejehjemmene. Med Aftale om en akutplan for sygehusvæsenet 2023 mellem regeringen og Danske Regioner blev det aftalt, at regionerne skal arbejde for at udbrede ordningen.

Initiativet om 72-timers behandlingsansvar på sygehusene efter udskrivelse blev besluttet i Region Hovedstaden, og med regeringens og Danske Regioners aftale om en akutplan for sygehusvæsenet fra 2023 blev det besluttet at indføre 72-timers behandlingsansvar i alle fem regioner. Konkret skal den sygehusafdeling, der har udskrevet en borger, hjælpe sundhedspersonale i kommune, alment praktiserende læge eller lægevagten med svar på spørgsmål, der opstår efter udskrivelsen. Målet er at skabe bedre forløb og forebygge genindlæggelser.

Erfaringerne fra de to målgruppeinitiativer er i høj grad positive.¹⁷² Samtidig illustrerer initiativerne også behovet for klare aftaler i et sektoropdelt sundhedsvæsen, hvis ikke opgaver skal risikere at falde mellem to stole.

Kliniske retningslinjer og anbefalinger samt forløbsprogrammer

Sundhedsstyrelsen og faglige selskaber/fagpersoner udarbejder løbende kliniske retningslinjer og anbefalinger målrettet sundhedspersoner for konkrete patientgrupper, der blandt andet skal medvirke til at sikre en sundhedsfaglig indsats af ensartet høj kvalitet på tværs af sygehuse, almenmedicinske tilbud og kommuner. Størstedelen af de kliniske retningslinjer og anbefalinger udarbejdes af de lægevidenskabelige selskaber.

Sundhedsstyrelsens kliniske retningslinjer og anbefalinger kan omfatte retningslinjer og anbefalinger for samarbejde og koordinering mellem sygehus, kommune og almenmedicinske tilbud i bestemte situationer eller forløb. De kliniske retningslinjer og anbefalinger fra de lægevidenskabelige selskaber er i højere grad typisk monofaglige og specialespecifikke.

Retningslinjerne og anbefalingerne udarbejdes ud fra et sundhedsfagligt perspektiv og er ikke af juridisk bindende karakter, men er klassificeret som faglig rådgivning. Regionerne og kommunerne har ansvaret for at sikre en tilstrækkelig implementering. Tidligere erfaringer med retningslinjerne og anbefalingerne viser derfor også, at implementeringen nødvendigvis må foretages under hensyntagen til de økonomiske konsekvenser.¹⁷³ Samtidig inddrages retningslinjerne og anbefalingerne i forbindelse med behandling af patientklager og tilsyn, som især for den enkelte sundhedsperson kan skabe en tilskyndelse til at sikre høj efterlevelse af de gældende retningslinjer og anbefalinger på trods af deres vejledende karakter. Retningslinjerne og anbefalingerne, samt fx vejledninger fra Sundhedsstyrelsen, indgår som kilder, når indholdet af en retslig standard skal fastlægges i forhold til en konkret behandlingssituation. Sundhedspersoner er forpligtet til at lade sig vejlede af anbefalinger mv., men kan i den konkrete situation fravige, hvis det fx er til patientens bedste.

171 Christensen, Line Due m.fl. "Health Care Utilization Related to the Introduction of Designated GPs at Care Homes in Denmark: A Register-Based Study". *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 40, nr. 1 (2. januar 2022): 115–22.

172 Sektion for Tværsektoriel Forskning, for Center for Sundhed, Region Hovedstaden, *Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden – Delrapport 1* (Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Sektion for Tværsektoriel Forskning, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden, 2023); SFI m.fl., *Evaluering af "Fast tilknyttede læger på plejecentre"* (SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 2014).

173 Sundhedsstyrelsen, "Erfaringsopsamling af projektet Nationale Kliniske Retningslinjer 2012-2016", 2017.

Sundhedsstyrelsen udarbejder også organisatoriske anbefalinger. Det omfatter bl.a. en række forløbsprogrammer om fx forebyggelse og tidlig opsporing for bestemte patientgrupper, såsom borgere med kroniske sygdomme. De beskriver bl.a. opgavefordelingen, samarbejde og koordinationen mellem sygehus, alment praktiserende læger og kommuner. De nationale forløbsprogrammer omsættes til forløbsprogrammer på regionalt niveau, som aftales i regi af sundhedsaftalerne og sundhedsklyngerne.

Af Robusthedskommissionens anbefalinger fra 2023 fremgår det også, at regulatoriske rammer, fx faglige, kliniske retningslinjer, potentielt kan være en drivkraft til unødigt behandling. Hvis retningslinjerne sætter en høj standard for behandlingsniveauet uden tilstrækkelig hensyntagen til ressourceforbrug, kan de medvirke til uhensigtsmæssig behandling, fx behandling med lav effekt set i forhold til ressourceforbruget eller behandling på et unødigt højt specialiseringsniveau. Det er også i forlængelse heraf, at Robusthedskommissionens anbefaling om mere systematisk brug af faglige visitationsretningslinjer kan ses. De kan basere sig både på sundhedsfaglige vurderinger og vurderinger af det økonomiske og personalemæssige ressourcetræk for fx en given behandling sammenlignet med andre behandlinger. Robusthedskommissionen vurderer herudover, at et nationalt prioriteringsråd kan fremme en systematisk prioritering i det offentlige sundhedsvæsen indenfor og på tværs af sektorerne i sundhedsvæsenet for at understøtte bedre ressourceanvendelse, bl.a. ved at sikre, at personale- og ressourcetræk systematisk indarbejdes i retningslinjer.¹⁷⁴

Benchmarking ved Nationale mål for sundhedsvæsenet

For at kunne følge udviklingen på sundhedsområdet for hele landet, regioner og kommuner blev de nationale mål for sundhedsvæsenet indført i 2016 efter aftale mellem den daværende regering, Danske Regioner og KL. De nationale mål består af otte overordnede mål, bl.a. for kvalitet og effektivitet i sundhedsvæsenet, sammenhæng i behandlingen, patientsikkerhed og flere sunde leveår samt tilhørende indikatorer. Nationale mål er tænkt som et centralt instrument i regionernes og kommunernes styring af sundhedsområdet. Hvert mål opgøres på landsplan, regionsniveau og kommuneniveau i en årlig statusrapport. Rapporten indeholder også benchmarking af regionernes og kommunernes resultater. Der er ikke knyttet finansiering op på målene.

Sammensætningen af indikatorer i de nationale mål er i nogen grad begrænset af adgangen til tilgængelige indikatorer og data, som måler indsats og kvalitet i det kommunale sundhedsvæsen og hos alment praktiserende læger. Det skal bl.a. ses i lyset af, at de danske centrale sundhedsregistre i mindre grad omfatter kommuner og alment praktiserende læger end sygehuse. En stor del af indikatorerne knytter sig således til sygehusaktiviteten.

I takt med at mere behandling flyttes til det primære sundhedsvæsen, er der brug for at skabe et tilsvarende datagrundlag for aktiviteterne i praksissektor og kommuner som for sygehuse, så patienternes samlede forløb er belyst og som forudsætning for kvalitetsstandarder. Der er fx med aftalen om "Bedre brug af data til kvalitetsudvikling af indsatser i det nære sundhedsvæsen" som en del af aftale om sundhedsreform mellem den daværende regering og et flertal af folketingets partier fra maj 2022 afsat midler til at opbygge et nationalt datagrundlag med oplysninger om indsatser i kommuner og praksissektor.

Nationale mål kan bl.a. anvendes af de politiske og administrative niveauer i sundhedsvæsenet til at sende signaler om ønsket retning for sundhedsvæsenet ved at følge udviklingen for bestemte mål og indikatorer og benchmarking af sammenlignelige enheder i sundhedsvæsenet. Instrumentet hviler samtidig på de decentrale sundhedsmyndigheders ansvar for at understøtte og supplere de nationale mål med lokalt definerede mål og indsatser, som er retningsgivende og meningsfulde i det daglige arbejde, bl.a. på sygehusafdelinger, i de kommunale sundhedsindsatser og i praksissektoren, ligesom udviklingen for de nationale mål også påvirkes af generelle samfundstendenser og national lovgivning.

En generel risiko ved brug af den type af instrumenter, der skal skabe incitamenter til kvalitetsforbedring m.v., er, at incitamentene kan forekomme svage i sammenligning med andre styringsinstrumenter med fx direkte økonomiske virkninger. Det forudsætter derfor et vedvarende politisk og ledelsesmæssigt fokus på instrumentet, for at det er virkningsfuldt. For de nationale mål er af den grund indført en central politisk

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

opfølgning på målene ved at udgive en årlig statusrapport samt afholde politiske møder for at drøfte udviklingen og resultater. Samtidig er de nationale mål også indført som en fast del af grundlaget for drøftelserne i de tværgående samarbejdsfora. Sundhedsklyngerne skal dermed anvende de nationale mål som en del af et datadrevet fokus på populationen indenfor sundhedsklyngen, mens sundheds-samarbejdsudvalgenes målsætninger skal fastlægges med udgangspunkt i de nationale mål.¹⁷⁵

Særlige problemstillinger

I det følgende gennemgås en række problemstillinger og opmærksomhedspunkter i relation til styring af sektorernes samspil i sundhedsvæsenet.

Sundhedsklynger og kvalitetsplanen fungerer ikke som drivkræfter for tilstrækkelig sammenhæng og omstilling

Både sundhedsklyngerne og ”den nationale kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen” er tænkt som centrale drivkræfter for ændret opgaveløsning i sundhedsvæsenet med henblik på at øge samarbejdet og koordinationen på tværs af sektorer og sætte skub på omstillingen af sygehusindsatser, der mere hensigtsmæssigt og omkostningseffektivt kan foretages i det primære sundhedsvæsen i kommuner og hos alment praktiserende læger.

Både sundhedsklynger og kvalitetsplanen er dog i deres nuværende konstruktion underlagt en række begrænsninger, der gør, at det er usikkert, om redskaberne reelt kan fungere som drivkraft for en ambitiøs omstilling og væsentligt styrket sammenhæng på tværs af sundhedsvæsenet.

Kvalitetsplanen forudsætter i praksis en høj grad af konsensus mellem regioner og kommuner i forbindelse med ændringer i opgaveløsning, som typisk er vanskeligt, når der er tale om opgaveændringer, herunder opgaveflytning, som kræver omfordeling af ressourcerne. Det kan føre til, at de mest omkostningseffektive løsninger ikke implementeres som følge af usikkerhed og deraf følgende uenighed om den finansiering, som vil skulle tilpasses på tværs af sektorer.

Et eksempel på, at det er vanskeligt for kommuner og regioner at opnå enighed om opgaveændringer, som involverer ressourceomfordeling, er IV-behandling. IV-behandling er en regional opgave, men for patienter, der ikke er indlagt på sygehuset, kan den typisk foretages mere omkostningseffektivt, fx af den kommunale sygepleje på baggrund af regional vejledning og betaling herfor. Det er også til gavn for patienterne, da behandlingen i højere grad forventes at foregå i eller tæt på borgerens eget hjem. Det har imidlertid taget knap ti år at udbrede regionale og kommunale samarbejdsaftaler om IV-behandling på trods af, at den ændrede opgavevaretagelse, der følger af sådanne aftaler, i mange år har været betragtet som mere omkostningseffektiv brug af sundhedsvæsenets samlede ressourcer på tværs af sektorer. Samarbejdsaftalerne danner grundlag for, at det med kvalitetsstandarderne for kommunale akutfunktioner fra 2023 er blevet obligatorisk for alle kommuner at kunne varetage IV-behandling.

En analyse, som er udarbejdet som led i Sundhedsstrukturkommissionens arbejde, viser også, at sundhedsklyngerne i deres nuværende konstruktion er en tung samarbejds konstruktion, som indtil videre kun har ført til sparsomme resultater. Analysen, der blandt andet baserer sig på interviews med udvalgte klynge-deltagere, omhandler samspillet mellem sundhedsvæsenets sektorer, bl.a. om muligheder og barrierer for samarbejdet i de tværsektorielle samarbejdsfora.¹⁷⁶

De foreløbige erfaringer med sundhedsklyngerne, beskrevet i analysen, tyder på, at sundhedsklyngerne i deres nuværende konstruktion ikke har tilstrækkelig handlekraft i forhold til at kunne indfri dets formål om at sikre øget sammenhæng for patienterne på tværs af sektorer og være en drivkraft for omstillingen. Det

175 Indenrigs- og Sundhedsministeriet, ”Vejledning om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsaftaler”, VEJ nr 9008 af 11/01/2024 (2024).

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

skal ses i sammenhæng med, at sundhedsklyngerne i høj grad er underlagt de samme begrænsninger som følger af de økonomiske rammer og incitamentsstrukturer for regioner, kommuner og almenmedicinske tilbud.

Sundhedsklyngerne kan dermed ikke træffe beslutninger eller indgå aftaler, der forpligter de deltagende myndigheder, med mindre alle de deltagende myndigheder er enige om det. Det gør, at klyngerne mangler mulighed for at træffe gensidigt forpligtende beslutninger på tværs af sektorerne, og især når det også indebærer gensidig forpligtelse af økonomi.

Sundhedsklyngernes økonomiske disponeringer skal dermed godkendes i hver enkelt deltagende kommune og region med egne forudgående sagsgange på både politisk og administrativt niveau på grund af en fastholdelse af kompetence i regioner og kommunerne. Under den nuværende konstruktion af sundhedsklyngerne vil disponering af økonomi til sundhedsklyngerne derfor i praksis forudsætte, at der på tværs af alle kommuner og regioner er truffet beslutning om reservering af budgetmidler til disponering i klyngen, fordi råderummet for deltagerne ellers er meget begrænset.

Indtil videre har regioner og kommuner stort set ikke disponeret egne budgetmidler til klyngernes prioritering. Det er alene de nationalt afsatte opstartsmidler på 80 mio. kr. i henholdsvis 2022 og 2023, der er disponeret i fællesskab. For de deltagende læger fra det almenmedicinske tilbud kan det også være vanskeligt at forpligtige de øvrige praktiserende læger på aftaler i sundhedsklyngerne, da der er tale om selvstændige erhvervsdrivende.

Flere respondenter fremhæver samtidig, at de almenmedicinske tilbuds kompetence er vigtig at have repræsenteret i klyngerne, og almenmedicinske tilbud er gode til at bringe praksisnære udfordringer og operationelle løsninger i spil. Samtidig er der blandt de regionale og kommunale deltagere i sundhedsklyngerne også opmærksomhed på, at repræsentanter for almenmedicinske tilbud ikke har de samme forudsætninger for at indgå i samarbejdet som de øvrige deltagere, da de ikke i samme grad understøttes af en politisk, ledelsesmæssig eller administrativ organisation som kommuner og regioner. Flere respondenter efterspørger derfor en mere fælles organisering af klyngens almene praksisser, der kan bidrage med større udviklingskraft i de initiativer, som igangsættes.

Derudover tyder de foreløbige erfaringer fra analysen på, at der i sundhedsklyngernes arbejde er for stort fokus på overordnede politiske og strategiske drøftelser og et for lille fokus på det driftsnære samarbejde, der skal håndtere de mere praktiske og driftsnære spørgsmål relateret til sundhedsklyngernes arbejde. Det bruges bl.a. meget tid på overordnede sundhedsstrategiske drøftelser i sundhedsklyngerne, som næsten halvdelen af respondenterne vurderer ikke står mål med værdiskabelsen. Det skyldes ifølge flere respondenter, at der er en overrepræsentation af ledere med overordnet, strategisk fokus i sundhedsklyngerne.

Det er også som en reaktion herpå, at klyngerne har besluttet at nedsætte operationelle udvalg under de politiske og strategiske udvalg, der kan håndtere implementeringsopgaven og de mere praktiske og driftsnære forhold vedrørende klyngernes arbejde. Knopskydningerne bidrager dog også til at øge den i forvejen store organisatoriske kompleksitet og omfanget af administration, da der tilføjes endnu et lag til klyngernes organisering, som også skal betjenes administrativt.

Metodiske udfordringer med modellen for KMF

Den kommunale medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen (KMF) har været fastlåst fra 2019, hvorfor ordningen aktuelt ikke understøtter de tilsigtede incitamentsvirkninger for kommunerne. KMF havde før fastlåsningsen til formål at skabe et yderligere generelt incitament for kommunerne til at prioritere forebyggende indsatser, som bl.a. fører til mindre behov for sygehusbehandling. Incitamentet skulle styrkes via ordningen for at opveje for, at kommunernes incitament til at investere i forebyggende indsatser er reduceret som følge af en sektoropdeling, hvor en del af gevinsten forekommer i form af mindre sygehusbehandling i en anden sektor.

Ordningen er dog løbende kritiseret af bl.a. kommuner og eksperter for, at det ikke i tilstrækkelig grad er muligt for kommunerne at påvirke de umiddelbare resultater (sygehusaktivitet m.v.) af betydning for finansieringen. Problematisering af ordningen, i en ikke-fastlåst udgave, har bl.a. vedrørt følgende punkter:

- Det er almenmedicinske tilbud eller lægevagt, der vurderer behovet for henvisning til sygehus, og det er sygehuset, der vurderer, om borgeren skal indlægges og hvor længe. Det begrænser kommunernes mulighed for at påvirke omfanget af sygehusophold for deres borgere.
- KMF vedrører også sygehusaktivitet, som kommunerne ingen eller kun lille grad har mulighed for at påvirke omfanget af, fx fødsler. Kritikken blev i nogen grad forsøgt imødegået med indførelsen af aldersdifferentieringen fra 2018, selvom ordningen fortsat vedrører alle typer af sygehusaktivitet.
- For mange typer af forebyggende indsatser ses først en effekt i form af reduceret sygehusbehandling efter en længere årrække, som ikke nødvendigvis fungerer som effektivt incitament i en kommunal kontekst, hvor borgerne fx kan flytte kommune.
- Tekniske forhold, såsom forskellig registreringspraksis på sygehusene, kan have påvirket det opgjorte niveau af sygehusaktivitet af betydning for kommunernes betalinger til KMF.

På baggrund af de erfarede udfordringer med ordningen er det forbundet med stor usikkerhed, om KMF vil kunne ændres til at fungere som et effektivt økonomisk incitament til forebyggelse i kommunerne.

Ingen empiriske erfaringer med effekten af nærhedsfinansiering

Resultatfinansiering i sundhedsvæsenet omhandler i en dansk kontekst nærhedsfinansiering af regionerne for at understøtte incitamenter til omstilling og sammenhæng på tværs af sektorer. I teorien har resultatfinansiering potentiale til i høj grad at påvirke aktørens prioriteringer og adfærd, men indebærer samtidig også en risiko for utilsigtede effekter, fx målforskydning, hvor andre områder ikke prioriteres tilstrækkeligt.

For så vidt angår nærhedsfinansiering, er det dog svært at vurdere fordele og ulemper, da der hidtil i løbet af hvert tilskudsår er aftalt ikke at gennemføre økonomisk efterregulering under ordningen. Fx blev det i Aftale om regionernes økonomi for 2024 mellem regeringen og Danske Regioner i maj 2023 aftalt, at der ikke foretages efterregulering vedrørende den udbetalte nærhedsfinansiering for 2023 som følge af aftale om styrket sygehusaktivitet, der følger af aftale om en akutplan for sygehusvæsenet mellem regeringen og Danske Regioner i 2023.

For nærhedsfinansiering er det på tilsvarende måde som for KMF væsentligt, at aktørerne oplever at have mulighed for at påvirke resultatmålene af betydning for finansieringen. De hidtidige erfaringer viser fx, at de opgjorte resultater kan påvirkes af eksterne forhold som COVID-19 og sygeplejerskekonflikt. Det aktuelle fokus på meraktivitet i regionerne med henblik på afvikling af behandlingsefterslæbet kan også have en negativ effekt på de resultatkræfter, der omhandler reduceret sygehusaktivitet gennem omstillingen af sygehusaktivitet til kommuner og almenmedicinske tilbud. Ordningen giver samtidig mulighed for at korrigere regionernes opgjorte resultater for sådanne forhold, hvilket dog hidtil ikke har været benyttet.¹⁷⁷

Samtidig gælder det for de nuværende resultatmål om øget sammenhæng og omstilling på tværs af sektorer, at målopfyldelsen ikke alene afhænger af regionernes indsatser, men i høj grad også af kommunale indsatser og prioriteringer. Derudover har regionerne mere begrænsede styringsbeføjelser overfor alment praktiserende læger end sygehusene i forhold til at omstille flere opgaver til almenmedicinske tilbud og stille krav, fx om styrket koordinering i patientforløb, som ellers er forhold, der kan bidrage til øget regional målopfyldelse af de nuværende resultatkræfter under nærhedsfinansieringsordningen.

¹⁷⁷ Indenrigs- og Sundhedsministeriet, "Cirkulære om statsligt, resultatafhængigt tilskud i 2024 til regionernes sundhedsvæsen (Nærhedsfinansiering)", CIR1H nr 9804 af 21/10/2023 (2023).

Kapitel 8: Digitalisering og data

I kapitel 8 beskrives den nuværende organisering af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet, som i dag er spredt ud på en lang række af forskellige aktører.

I den første del af kapitlet beskrives organisering og regulering af arbejdet med digitale løsninger og data i sundhedsvæsenet. I den anden del af kapitlet beskrives styringen af området og økonomi, incitamenter og kapacitet på området. I den sidste del af kapitlet identificeres en række særlige problemstillinger ved den nuværende organisering af området på baggrund af en række nyere analyser. Problemstillingerne vurderes at udgøre strukturelle barrierer for at indfri potentialet ved den teknologiske udvikling, der ellers giver helt nye muligheder og effektive måder at levere sundhedsydelser på.

Regulering og organisering af digitalisering og data i sundhedsvæsenet

I det følgende afsnit beskrives den nuværende organisering og regulering af arbejdet med digitale løsninger og data i sundhedsvæsenet. Afsnittet består af en kortlægning af de centrale digitaliserings- og dataorganisationer i sundhedsvæsenet og deres ansvars- og arbejdsdeling. Herefter følger en gennemgang af de eksisterende datadelingsløsninger og en gennemgang af de juridiske rammer for brug af digitale løsninger og data i sundhedsvæsenet. Efterfølgende gennemgås den nuværende styring af den fælles-offentlige digitalisering og data i sundhedsvæsenet, inden afsnittet afsluttes med en gennemgang af de økonomiske rammer for digitalisering af sundhedsvæsenet.

Centrale digitaliserings- og dataorganisationer i sundhedsvæsenet

En lang række organisationer arbejder med digitalisering, data og andre teknologiske løsninger i sundhedsvæsenet. På listen over de mest centrale aktører og organisationer indgår bl.a. staten, regionerne, kommunerne, de almen medicinske tilbud og flere fællesoffentlige og private organisationer, såsom MedCom og sundhed.dk. Nedenfor gennemgås udvalgte digitaliserings- og dataorganisationer og deres forskellige roller, opgaver og styringen. Oversigten over organisationerne i tabel 8.1 er ikke fuldstændig. De organisationer og løsninger som indgår, er i særlig grad dem, der leverer og bidrager til digitalt at understøtte sammenhæng på tværs af sektorerne i sundhedsvæsenet. Der er en række øvrige myndigheder og offentlige og private organisationer, som også arbejder med og leverer digitalisering, data og teknologi til sundhedsvæsenet, men ikke fremgår af tabellen.

Tabel 8.1

Beskrivelse af centrale digitaliserings- og dataorganisationer i sundhedsvæsenet

Aktør	Opgaver/organisationer/løsninger	Styring
Staten		
<i>Indenrigs- og Sundhedsministeriet</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Politiske aftaler og strategier for digitalisering af sundhedsvæsenet • Lovgivning • Forhandling af økonomiaftaler 	Ministeriet har formandskab for den nationale bestyrelse for digitalisering og data på sundheds- og ældreområdet jf. afsnit om styring af fællesoffentlig digitalisering og data i sundhedsvæsenet.

Aktør	Opgaver/organisationer/løsninger	Styring
<i>Sundhedsdatastyrelsen</i>	<ul style="list-style-type: none"> Fælles national infrastruktur og IT-løsninger Nationale sundhedsregistre Decentral cyber- og informations-sikkerhedsenhed for sundhedsvæsenet (DCISSund) 	De fællesoffentlige IT-løsninger, som Sundhedsdatastyrelsen har ansvar for medfinansieres af kommuner og regioner og har ophæng til den nationale bestyrelse jf. afsnit om økonomi, incitamenter og kapacitet.
Regioner		
	<ul style="list-style-type: none"> Elektroniske patientjournalssystemer (EPJ- systemer), diagnostiske systemer, borgervendte apps m.v. 	Disse systemer og løsninger er den enkelte regions ansvar, men der er et formaliseret samarbejde om EPJ-systemerne i henholdsvis Østdanmark og i Vestdanmark.
	<ul style="list-style-type: none"> Regionernes Kliniske Kvalitetsdatabaser (RKKP) 	RKKP er en selvstændig regional organisation, der ledes af en bestyrelse.
	<ul style="list-style-type: none"> Fælles udbredelse af telemedicinsk infrastruktur (FUT) og en række tilhørende medarbejder- og borgerløsninger 	FUT er en organisation, der ledes af kommuner og regioner i fællesskab, men drift og udvikling af infrastrukturen forankret i Region Midtjylland, mens løsninger på platformen forvaltes i Region Nordjylland.
	<ul style="list-style-type: none"> Sundhedsjournalen 	Sundhedsjournalen er organisatorisk forankret i Region Nordjylland, men ledes af fællesoffentlig styregruppe med regionalt formandskab.
	<ul style="list-style-type: none"> En række andre fællesregionale løsninger, fx Præhospital Patientjournal (PPJ), Den Nationale Henvisningsformidling og Internetpsykiatrien 	Regionernes Sundheds-IT (RSI) har ansvaret for de fleste fællesregionale initiativer, men ansvar for de konkrete løsninger er placeret i enkeltregioner.
Kommuner		
	<ul style="list-style-type: none"> Elektroniske omsorgsjournalssystemer (EOJ-systemer) Forskellige velfærdsteknologiske løsninger 	Disse systemer og løsninger er den enkelte kommunes ansvar.
	<ul style="list-style-type: none"> KOMBIT (bl.a. den fælleskommunale gateway) 	KOMBIT er et kommunalt ejet IT-selskab, som ledes af en bestyrelse. KOMBIT er ansvarlig for udvikling, drift, indkøb og forvaltning af en række fælleskommunale IT-løsninger og -infrastruktur.
Fællesoffentlige organisationer		
<i>MedCom</i>	<ul style="list-style-type: none"> Fællesoffentlige løsninger som Sundheds-datanettet og Videoknudepunktet Standarder til datadeling og digitale meddelelser Tværasektorielle digitale kommunikations-løsninger 	MedCom er en selvstændig organisation ejet af stat, kommuner og regioner. Den ledes af en bestyrelse med statsligt formandskab, som har ophæng til den national bestyrelse for digitalisering og data på sundheds- og ældreområdet.
<i>Sundhed.dk</i>	<ul style="list-style-type: none"> Sundhed.dk MinSundhed 	Sundhed.dk er en selvstændig organisation, der ejes og finansieres af Danske Regioner (76 pct.), Indenrigs- og Sundhedsministeriet (15 pct.) og KL (9 pct.) og ledes af en bestyrelse med politisk repræsentation og en styregruppe.

Aktør	Opgaver/organisationer/løsninger	Styring
De almen medicinske tilbud		
	<ul style="list-style-type: none"> • Journalsystem og andre systemer og digitale løsninger • Primærsektorens Leverandør Service Platform (PLSP) • MinLæge-app 	<p>Den enkelte klinik har ansvar for eget journalsystem.</p> <p>PLSP er ejet af IT-leverandørerne i de almen medicinske tilbud i fællesskab.</p>

Statslige organisationer

Indenrigs- og Sundhedsministeriets departementet varetager i forbindelse med IT, digitalisering, data og teknologi en overordnet rolle i forhold til at sikre rammerne for arbejdet på sundhedsområdet. Det gælder bl.a. i forhold til at sikre de økonomiske rammer ved indgåelse, udmøntning og opfølgning på økonomi-aftaler, udarbejdelse af lovgivning og politik- og strategiudvikling.

Sundhedsdatastyrelsen er en del af Indenrigs- og Sundhedsministeriet og har en bred opgaveportefølje på både digitaliserings- og dataområdet, som bl.a. omfatter at udvikle og forvalte fælles, national infrastruktur og digitale løsninger på sundhedsområdet. Sundhedsdatastyrelsen har således også ansvaret for en række datadelingsløsninger, der understøtter det sammenhængende sundhedsvæsen. Det gælder fx det Fælles Medicinkort (FMK), der giver borgere og sundhedsprofessionelle adgang til oplysninger om borgernes medicin og vaccinationer, og den Fælles Aftaleoversigt, der giver patienter og deres pårørende et samlet overblik over deres aftaler med sygehuse, kommuner og den alment praktiserende læge. Derudover står Sundhedsdatastyrelsen for at udvikle og forvalte de nationale sundhedsregistre, som indeholder sundhedsdata til patientbehandling, udvikling, planlægning og forskning. Styrelsen koordinerer desuden indsatsen for at sikre cyber- og informationssikkerhed i sundhedssektoren. Endelig er Sundhedsdatastyrelsen også dataansvarlig myndighed på ældreområdet.

En række af Indenrigs- og Sundhedsministeriets øvrige styrelser har også opgaver relateret til digitalisering og data:

- Nationalt Genom Center har ansvaret for Forskerservice, der stiller genomdata til rådighed til forskning.
- Statens Serum Institut har ansvar for Danmarks Nationale Biobank og Det Danske Vaccinationsregister.
- Lægemiddelstyrelsen administrerer lovgivningen for medicinsk udstyr i Danmark.

Af øvrige væsentlige, statslige myndigheder på området er Digitaliseringsstyrelsen under Digitaliserings- og Ligestillingsministeriet, der leverer en række infrastrukturløsninger, som også anvendes i sundhedsvæsenet, fx MitID, NemLog-in og Digital Post. Digitaliseringsstyrelsen har desuden en koordinerende rolle i forhold til udarbejdelse af de fællesoffentlige digitaliseringsstrategier. Under Digitaliserings- og Ligestillingsministeriet er også Danmarks Statistik, som er den centrale myndighed for dansk statistik (på øvrige områder end sundhedsdata). Danmarks Statistik indsamler, bearbejder og offentliggør statistiske oplysninger om det danske samfund.

Regionale organisationer

De enkelte regioner er selv ansvarlige for drift, support og udvikling af egne systemer og løsninger. Det mest betydningsfulde system, som regionerne er ansvarlige for, er de elektroniske patientjournalsystemer (EPJ-systemer). EPJ-systemer understøtter sundhedspersonalets arbejdsgange og samler de funktioner, som medarbejderne bruger mest, fx til journalskrivning m.v. Region Hovedstaden og Region Sjælland er fælles om et EPJ-system (Sundhedsplatformen), som er indkøbt i fællesskab, og drift og udvikling sker også i fællesskab. Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland har hver deres version af samme EPJ-system (EPJ Syd, MidtEPJ og NordEPJ), som er leveret af den samme leverandør. I regi af "Vestdansk IT-Samarbejde" samarbejder de tre vestdanske regioner om videreudviklingen af EPJ-systemet og om øvrige systemer, der er tæt forbundne hermed.

Hver region er desuden ansvarlig for en lang række andre systemer, løsninger og medicinsk udstyr, som anvendes i patientbehandlingen i egen region. Det kan fx være laboratoriesystemer, billeddiagnostiske systemer og specialespecifikke systemer. De står også for drift af borgervendte løsninger, som patienter kan benytte til kommunikation med sygehuse, fx Min Sundhedsplatform i Region Hovedstaden og Region Sjælland og appen Mit Sygehus i Region Syddanmark.

Regionerne har i fællesskab nedsat samarbejdsorganisationen Regionernes Sundheds-IT (RSI). RSI er forankret i Danske Regioner og består af IT-direktørerne og fem sygehusdirektører i en overordnet RSI-kreds, en styregruppe og et sekretariat m.v. RSI har til formål at styrke regionernes fælles retning og indsats i forhold til digitalisering og data på sundhedsområdet, og RSI koordinerer bl.a. regionernes indsats i nationale digitaliseringsprojekter. Regionerne står i fællesskab for udvikling, drift, forvaltning og finansiering af en række fællesregionale løsninger med ophæng til RSI. Regionerne aftaler indbyrdes, hvilken region der er ansvarlig for drift og forvaltning af de enkelte fællesregionale systemer.

Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) er en tværregional organisation, som er bygget op om de kliniske kvalitetsdatabaser, der indeholder oplysninger om patienters sygdom og forløb i sundhedsvæsenet. Formålet er at belyse sundhedsvæsenets indsats og resultater for en afgrænset gruppe af patienter. Alle kliniske kvalitetsdatabaser skal årligt offentliggøre en rapport om aktivitet og kvalitet i databasen. Rapporten skal indeholde oplysninger om, hvordan databasen har bidraget til forbedringer af kvaliteten, og om der eventuelt er konstateret kvalitetsmæssige udsving i den sundhedsfaglige indsats.

Desuden har regioner og kommuner i fællesskab etableret en fællesoffentlig udbredelse af telemedicinsk infrastruktur (FUT), der gør det muligt at opbevare telemedicinske data og dele dem nationalt, så personalet på tværs af sektorer kan tilgå dem i forbindelse med konkrete digitale løsninger til hjemmebehandling. Derudover har regioner og kommuner i fællesskab udviklet en borger- og medarbejderløsning på KOL-området, som gør det muligt at indsamle og vise data. FUT ledes af kommuner og regioner i fællesskab, men drift og udvikling af infrastrukturen er forankret i Region Midtjylland, og løsninger på platformen forvaltes i Region Nordjylland. Desuden har stat, regioner og kommuner i december 2023 indgået en aftale; *Aftale om 500 mio. kr. til mere behandling i eget hjem*, der bl.a. udmønter investeringer i udvikling af den digitale infrastruktur til hjemmebehandling.¹⁷⁸ Med aftalen er det også besluttet, at den fælles infrastruktur til hjemmebehandling får ophæng til den nationale bestyrelse for digitalisering og data på sundheds- og ældreområdet for at sikre sammenhæng med den øvrige nationale infrastruktur på sundhedsområdet.

Kommunale organisationer

Hver kommune er ansvarlig for udvikling, drift og forvaltning af kommunale løsninger. Det primære kommunale system for sundhed og omsorg er den elektroniske omsorgsjournal (EOJ-system), som understøtter omsorgs- og sundhedspersonalets opgaver. Det gælder bl.a. dokumentations- og koordineringsopgaver i kommunen. Der er i Danmark pt. to forskellige leverandører af EOJ-systemer. Kommunerne indgår ofte i partnerskaber med flere kommuner eller står for udvikling og drift af forskellige digitale løsninger i fællesskab i regi af KOMBIT, men for EOJ-systemerne er hver kommune selv kontraktholder. Kommunerne arbejder i stigende grad også med forskellige velfærdsteknologier og andre teknologiske løsninger, hvor hver kommune har ansvar for de løsninger, som anvendes i den enkelte kommune.

KOMBIT er kommunernes IT- og forvaltningsorganisation, der udvikler og forvalter fælleskommunale IT-løsninger og infrastruktur. KOMBIT er ansvarlig for den fælleskommunale gateway, som er en fælleskommunal teknisk løsning, der opsamler og videredistribuerer data fra det kommunale sundheds- og ældreområde. Via gatewayen indberetter kommunerne også data til Sundhedsdatastyrelsen.

Sammen med KOMBIT driver KL desuden et digitalt videnscenter for digitalisering og teknologi for kommunerne, der samler viden om digitalisering og teknologi. I 2023 igangsatte KL også en indsats for Kvalitet i kommuner (KIK), som skal understøtte kommunerne i aktivt at anvende data til kvalitetsudvikling og at styrke datakvaliteten på sundheds- og ældreområdet.

178 Regeringen, KL, og Danske Regioner, "Aftale om 500 mio. kr. til mere behandling i eget hjem", 2023.

Fællesoffentlige organisationer

MedCom

MedCom ejes af Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Danske Regioner og KL. MedCom står for at udvikle og udbrede tværsektorielle digitale kommunikationsløsninger og udarbejde nationale standarder. Medcom har desuden driftsansvaret for en række fælles infrastrukturer som fx den fælles videoinfrastruktur (Videoknudepunktet) og Sundhedsdatanettet. MedCom har sin egen styregruppe med national, regional og kommunal repræsentation. Styregruppen refererer til Den nationale bestyrelse for digitalisering og data på sundheds- og ældreområdet, der årligt godkender MedComs arbejdsprogram og budget.

Sundhed.dk

Sundhed.dk ejes af Danske Regioner, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og KL. Sundhed.dk driver den fællesoffentlige sundhedsportal sundhed.dk, hvor borgere kan tilgå deres personlige oplysninger og finde information om sundhed og sygdom, og hvor sundhedsprofessionelle kan tilgå oplysninger om deres patienter fra andre dele af sundhedsvæsenet via bl.a. Sundhedsjournalen. Sundhed.dk driver derudover appen MinSundhed, hvor borgere kan få adgang til udvalgte sundhedsdata fra Sundhedsjournalen.

Sundhed.dk refererer til en politisk bestyrelse bestående af repræsentanter fra stat, regioner og kommuner, hvor formanden er en regionsrådsformand (staten er ikke repræsenteret med en politisk repræsentant). Bestyrelsen har det overordnede ansvar for økonomi og den strategiske retning for sundhed.dk. Under bestyrelsen er der også en fællesoffentlig styregruppe med repræsentanter fra stat, regioner og kommuner.

Organisationer i praksissektoren

Den enkelte klinik i de almenmedicinske tilbud, speciallægepraksis og andre privatpraktiserende sundhedspersoner er som selvstændige erhvervsdrivende ansvarlige for eget journalsystem. Der er fire systemhuse, der leverer journalsystemer til almenmedicinske tilbud, og en række andre leverandører til andre praksisområder.

Leverandørerne af IT-systemerne til de almenmedicinske tilbud ejer sammen Primærsektorens Leverandør Service Platform (PLSP). PLSP leverer den fælles platform for udvikling af en række IT-løsninger, der anvendes på området. Det er forventningen, at der etableres en indberetning af strukturerede sundhedsdata om fx diagnoser m.v. fra de almenmedicinske tilbud til Sundhedsdatastyrelsen i 2024. Derudover understøtter fagorganisationerne, som Praktiserende Lægers Organisation (PLO), også digitaliseringen af de almenmedicinske tilbud, fx ved at samarbejde med sundhedsvæsnets partnere og IT-leverandører om udvikling af nye digitale løsninger. Derudover er der en række andre organisationer, der beskæftiger sig med digitalisering og data i de almenmedicinske tilbud. Det gælder bl.a. KiAP (Kvalitet i Almen Praksis), som har til formål at fremme og understøtte etableringen af klyngesamarbejdet i almenmedicinske tilbud med henblik på kvalitetsudvikling ved at sammenstille og præsentere data fra området. Foreningen af praktiserende speciallæger (FAPS) har fået udviklet Sentinel, som er et redskab, der kan bearbejde udvalgte data fra journalsystemet hos praktiserende speciallæger og vise dem systematisk for speciallægen alt efter behov for overblik. Der arbejdes på, at data om diagnoser i speciallægepraksis i 2024 kan indberettes til Sundhedsdatastyrelsen via Sentinel.

Andre teknologiorganisationer

Der er en række andre organisationer, der i samarbejde med industrien og sundhedsvæsnets arbejder med at understøtte implementering af teknologi i sundhedsvæsenet. Det gælder fx Health Tech Hub Copenhagen, Danish Life Science Cluster og Nordic Health Lab. Der er også en række innovationsorganisationer i de enkelte regioner. Regionerne har desuden etableret Behandlingsrådet, som på baggrund af analyser kommer med anbefalinger til, hvilke teknologier og indsatser der giver mere sundhed for pengene. I januar 2024 trådte en ny lov i kraft om nedsættelse af et nævn til anbefaling af sundhedsapps, som skal etableres under Lægemiddelstyrelsen. Derudover er der hele life science-industrien, som spænder fra store globale virksomheder til små opstartsvirksomheder, der udvikler og forsker i ny teknologi og digitale løsninger til sundhedsvæsnets.

Datadeling til patientbehandling på tværs af sektorerne

I afsnittet fokuseres på løsninger til datadeling mellem sektorerne. Det er løsninger, som skal bidrage til et mere sammenhængende sundhedsvæsen. Der udveksles allerede i dag store mængder data på tværs af sundhedsvæsenets sektorer. De forskellige datadelingsløsninger kan opdeles i fire overordnede måder at dele data på, hvor den første måde:

- Data sendes som elektroniske beskeder fra journal til journal ved sektorovergange
- Adgang til data fra andre sektorer ved opslag i central datakilde
- Data fra centrale datakilder vises i egen journal
- Fælles systemer, der understøtter tværsektorielt samarbejde om patienter
- De forskellige måder at dele data på gennemgås i det følgende.

Data sendes som elektroniske beskeder fra journal- til journalsystem ved sektorovergange

Hver måned sendes der ca. 6,5 mio. digitale meddelelser på tværs af sundhedsvæsenet som fx henvisninger, fødselsanmeldelser, laboratoriesvar og beskeder om udskrivinger og indlæggelser. Meddelelserne sikrer målrettet information ved overdragelse af patientansvaret i forbindelse med sektorovergange mellem alment praktiserende læger, kommuner og sygehuse. Meddelelserne er særligt velegnede til at understøtte planlagte, ukomplicerede patientforløb, hvor behandlingsansvaret overdrages fra en aktør til en anden. Et eksempel på en besked er epikrisen (udskrivningsbrev), som anvendes til overlevering af lægefaglige oplysninger til patientens alment praktiserende læge, når en patient afsluttes i et behandlingsforløb.

Adgang til data fra andre sektorer ved opslag i centrale datakilder

En række data i sundhedsvæsenet deles ved, at sundhedsprofessionelle har mulighed for at slå op i et centralt register og se data via en såkaldt knapadgang. En knapadgang betyder, at den sundhedsprofessionelle klikker på en knap i eget system, men herefter forlader eget system og ser patientens data i en central løsning. Det kan fx give adgang til information om en patient, som ikke i forvejen er kendt i en region, typisk i en akut situation, eller give kommunen indblik i patientens behandlingsforløb på hospitalet. Sundhedsjournalen på sundhed.dk er det primære eksempel på en sådan central løsning. Sundhedsjournalen giver sygehuse, alment praktiserende læge, kommuner, speciallæger og private sygehuse adgang til en række fortrinsvis regionale data, fx journalnoter fra sygehuse og hovedparten af private sygehuse, laboratoriesvar fra regionale laboratorier og billedbeskrivelser fra sygehusene.

Data fra centrale datakilder vises i egen journal

Andre data deles ved, at sundhedsprofessionelle får vist data fra centrale datakilder direkte i eget journalsystem, hvilket også kaldes dyb integration. Dyb integration vil man som udgangspunkt foretrække, når det vedrører data, som hyppigt skal anvendes i de fleste patientkontakter, da det er en nemmere arbejdsgang for de sundhedsprofessionelle i deres vante journalsystemer. Datadelingen muliggøres via den nationale infrastruktur (National Serviceplatform, Sundhedsvæsenets Elektroniske Brugerstyring og Sundhedsvæsenets Organisationsregister), som Sundhedsdatastyrelsen har ansvar for udvikling og drift af; den er primært fællesoffentligt finansieret. Eksempler på løsninger med dyb integration er Fælles Medicinkort, Det Danske Vaccinationsregister og Et Samlet Patientoverblik.

Fælles systemer, der understøtter tværsektorielt samarbejde om patienter

En sidste type af datadeling er at dele data ved at anvende et fælles IT-system, som klinkere på tværs af fx sygehuse og kommuner anvender til bestemte patientgrupper og indsatser. Et eksempel er den telemedicinske løsning Telma, som benyttes i det igangværende arbejde med at udbrede et nationalt telemedicinsk tilbud til borgere med KOL. I Telma har behandlerteamet adgang til at se og redigere borgerens forløb og planer, og de har mulighed for at se og kvittere for svar på spørgeskemaer og målinger, som borgeren har indsendt.

Juridiske rammer

I dag er brugen af digitale løsninger og sundhedsdata i sundhedsvæsenet reguleret nationalt med ophæng til Sundhedsloven. Dog ses en stigende tendens til europæisk regulering af området, bl.a. gennem en række nye forordninger. Både national regulering og europæisk regulering af digitalisering og data beskrives kort i det følgende.

National regulering af digitalisering og data

Staten har med Sundhedsloven kompetencer til på en række områder at sætte rammerne for arbejdet med digitale løsninger og sundhedsdata. Staten kan fx fastsætte krav til anvendelsen af IT-standarder på sundhedsområdet, herunder krav til elektroniske patientjournaler. I 2019 kom der en ny lov på området i form af Lov om bedre digitalt samarbejde i sundhedsvæsenet.¹⁷⁹ Den medførte bl.a. følgende:

- Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan fastsætte regler om, hvilke oplysninger fra kommuner, regioner mv., som skal indberettes til en fælles digital infrastruktur i Sundhedsdatastyrelsen, som gør det muligt at dele oplysninger på tværs af sektorer til patientbehandling. Lovhjemlen anvendes til at beslutte, hvilke oplysninger der skal indgå i den fælles digitale løsning, Et Samlet Patientoverblik.
- Forenkling af reglerne for sundhedspersoners adgang til at indhente og videregive oplysninger i elektroniske systemer til brug for patientbehandling, så det sikres, at sundhedspersoner kan få adgang til helbredsoplysninger mv., når det er nødvendigt i forbindelse med aktuel patientbehandling.
- Tydeliggørelse af krav til indberetning af relevante, strukturerede data fra almenmedicinske tilbud og speciallægepraksis til brug for patientbehandling, planlægning, kvalitetsudvikling mv., således at de på lige vis som regioner og kommuner kan pålægges krav til indberetning.
- Staten gør brug af ovenstående kompetencer til at fastsætte krav til indberetning af data til nationale registre og til deling i den fælles digitale infrastruktur gennem bekendtgørelser, men hjemlen til at fastsætte krav til standarder og IT-anvendelse i øvrigt er ikke anvendt ofte. I stedet er der tradition for, at bekendtgørelser bliver suppleret med aftaler med sundhedsvæsenets parter om den videre fælles IT-udvikling, fx i regi af den nationale bestyrelse for digitalisering og data på sundheds- og ældreområdet, i de årlige økonomaftaler og i de fællesoffentlige strategier. Det skyldes bl.a., at der ofte er behov for forhandling om håndtering af udgifter og gevinster forbundet med nye digitale løsninger. Som det beskrives i afsnittet om strukturelle barrierer nedenfor, er der dog en række udfordringer med den aftalebaserede fremgangsmåde.

Lovgivningen fokuserer dermed primært på indberetning af data, mens der er mindre regulering af selve brugen af digitale løsninger. Robusthedskommissionen beskriver i deres afrapportering, at der efterspørges tydeligere juridiske rammer for bl.a. brug af nye teknologier som kunstig intelligens. Robusthedskommissionen anbefalede derfor, at lovgivningen bør moderniseres så den understøtter udvikling, anvendelse og implementering af datadrevne teknologier i hele sundhedsvæsenet¹⁸⁰. Styrelsen for Patientsikkerhed har som opfølgning på anbefalingen udarbejdet faglige retningslinjer om digital sundhedsfaglig behandling, ligesom styrelsen også har en tilsynsopgave hermed.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har desuden igangsat en analyse af juridiske barrierer for datadeling på tværs af sektorer i patientbehandling og en evaluering af Lov om bedre digitalt samarbejde i sundhedsvæsenet.

Europæisk regulering af digitalisering og data

Digitalisering, data og ny teknologi er i stigende grad også underlagt regulering fra EU. Det gælder bl.a.:

- **Medicinsk udstyr:** I 2021 trådte den nye forordning for medicinsk udstyr (MDR) i kraft. Den indeholder regler om og krav til medicinsk udstyr for at øge patientsikkerheden, og sikre ensartede standarder for udvikling, produktion og anvendelse af medicinsk udstyr i Europa.

179 "Lov om ændring af sundhedsloven. (Bedre digitalt samarbejde i sundhedsvæsenet, påmindelser til forældre vedrørende børnevaccination og bestemmelser om territorial gyldighed for Færøerne og Grønland)", 273 § (2019).

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

- **Databeskyttelse og cyber- og informationssikkerhed:** I 2018 trådte Databeskyttelsesforordningen (GDPR) i kraft sammen med følgelovgivning i Danmark i form af databeskyttelsesloven. Formålet med GDPR var at styrke retten til privatliv, bl.a. ved at give de registrerede en ret til indsigt, sletning m.v. Derudover vedtog EU-Kommissionen i 2022 et direktiv om foranstaltninger til sikring af et højt fælles cybersikkerhedsniveau i hele unionen (NIS 2-direktivet). Direktivet har til formål at højne cybersikkerheden i EU og sikre en mere ensartet implementering sammenlignet med det første NIS-direktiv, bl.a. ved at stille øgede krav til de omfattede sektorer.
- **Kunstig intelligens:** EU har i slutningen af 2023 vedtaget en ny forordning, der har til formål at etablere en fælles juridisk ramme for både udviklingen og anvendelsen af kunstig intelligens indenfor EU. Lovgivningen er designet til at adressere de udfordringer, der er forbundet med kunstig intelligens, herunder beskyttelse af grundlæggende rettigheder, transparens og ansvarlighed.
- **Det europæiske sundhedsdataområde:** EU-kommissionen har i 2022 fremsat et forordningsforslag om et europæisk sundhedsdataområde (European Health Data Space (EHDS)), der har til formål at sætte regler og etablere fælles europæiske infrastrukturer til udveksling af data på tværs af grænser både til brug for patientbehandling og til forskning, statistik mv. Forordningen er i april 2024 blevet vedtaget i Rådet og Europa-Parlamentet og forventes at træde i kraft i 2026.

Styring af fællesoffentlig digitalisering og data i sundhedsvæsenet

Historisk har der været tradition for at stat, regioner og kommuner i fællesskab indgår politiske strategier og aftaler for den fællesoffentlige digitalisering af sundhedsvæsenet. Den overordnede ansvarsfordeling for arbejdet med digitalisering i det danske sundhedsvæsen blev fastlagt med aftalerne om den kommunale og regionale økonomi for 2011. Her blev det aftalt, at staten har ansvar for de overordnede rammer for infrastruktur og hjemmel til at stille krav til de fælles datastandarders anvendelse. Staten varetager desuden udvikling, forvaltning og drift af flere strategiske, tværgående løsninger. Regioner, kommuner og praksis-sektor fik ansvaret for indkøb, implementering, drift, registreringspraksis, kvalitetssikring af data og en række IT-systemer. Derudover udvikler parterne også løsninger og systemer hver for sig uden om den fælles styring.

I dag tager arbejdet udgangspunkt i Strategi for digital sundhed 2018-2024, Den Fællesoffentlige Digitaliseringsstrategi 2022-2025 og de årlige økonomiaftaler. De fællesoffentlige strategier består primært af en række konkrete projekter og initiativer. Parterne har dog som noget nyt med den seneste politiske aftale fra december 2023 mellem regeringen, regioner og kommuner, *Aftale om 500 mio. kr. til mere behandling i eget hjem*, opstillet konkrete mål frem til 2028 for aftalens fem indsatser.

Strategiernes projekter og initiativer er forankret i Den nationale bestyrelse for digitalisering og data på sundheds- og ældreområdet. Bestyrelsen er det øverste besluttende samarbejdsorgan, når det kommer til digitale løsninger og infrastruktur, velfærdsteknologi, nye datadrevne teknologier og brugen af data til patientbehandling, forskning, statistik og kvalitetsudvikling på sundheds- og ældreområdet. Bestyrelsen består af repræsentanter fra stat (formand), regioner og kommuner. Den har dog ikke noget forpligtende mandat overfor parterne, og bestyrelsen har alene beslutningskraft indenfor det, der er indgået en fælles politiske aftale om og har ophæng i bestyrelsen. Ud over den nationale bestyrelse findes der et stort antal beslutningsfora på forskellige niveauer, såvel nationalt og lokalt som for de enkelte programmer og projekter. Ikke alle fora refererer til den nationale bestyrelse. Organiseringen på området er således fragmenteret i mange fora uden en samlet tværgående styring.

Økonomi, incitamenter og kapacitet

Der findes forskellige finansieringskilder til digitaliseringen af sundhedsvæsenet. En del finansieres lokalt. Det vil sige, at regioner og kommuner selv finansierer egne lokale løsninger, mens der for de fællesoffentlige løsninger, som går på tværs af sektorerne, er fælles medfinansiering. Med Aftale om Sundheds-IT mellem

regeringen og regionerne i 2010 indgik stat, regioner og kommuner aftale om en klarere og mere forpligtende kurs for udviklingen af sundheds-IT, bl.a. ved at etablere en klarere beslutningsstruktur for tværgående sundheds-IT med en ny national bestyrelse.¹⁸¹

For de fællesoffentlige digitale løsninger, der bidrager til datadeling og sammenhæng på tværs af sektorerne, blev der ligeledes med aftalen fastsat et fælles finansieringsprincip om, at dem som får gevinsten bærer udgiften. Der har imidlertid udviklet sig en praksis for, at staten finansierer udvikling og afprøvning af nationale løsninger, mens implementering og drift af lokale systemer finansieres lokalt. Den praksis har været nødvendig for at sikre, at der rent faktisk prioriteres udviklingsmidler til de fælles løsninger. Udgifter til integration af lokale systemer op imod fælles systemer afholdes som udgangspunkt lokalt, men staten giver i nogle tilfælde tilskud, hvis der er tale om et politisk initieret projekt.

Driften af en række af de fælles løsninger, som fx sundhed.dk og Fælles Medicinkort, finansieres i fællesskab af Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Danske Regioner og KL ud fra en række aftalte fordelingsnøgler. Analyser af den nuværende finansieringsmodel, bl.a. en ekstern analyse gennemført af PA Consulting Group i 2021, har vist en række u hensigtsmæssigheder med den nuværende finansieringsmodel.¹⁸² Analysen konkluderede bl.a., at der er behov for større gennemsigtighed i udgifterne til de digitale løsninger som følge af en øget anvendelse og udvikling af de fælles digitale løsninger og øget politisk fokus på området. Udgifterne til fælles sundheds-IT er vokset markant, hvilket skaber pres på de økonomiske budgetter i forhold til den lokale medfinansiering. Derudover viste analysen, at parterne efterspørger en ny finansieringsmodel der giver grundlag for at bevæge sig væk fra projektbevillingstankegangen og forhandlinger om enkeltstående budgetter for hver løsning og i stedet skabe mere fælles prioritering og finansiering mellem parterne. Parterne har i lyset af det også indgået aftale om at undersøge muligheder for etablering af flerårige finansieringsmodeller, som kan give mere stabile finansielle rammer for den løbende drift og vedligehold af løsningerne.

Nedenstående tabel giver et helt overordnet billede af ressourcerne til digitalisering og data i sundhedsvæsenet. Oversigten skelner mellem interne IT-ressourcer (fuldtidsansatte) og eksterne IT-budget (til bl.a. eksterne leverandører og indkøb af licenser, systemer, services mv.) Oversigten giver også et billede af forskellen på, hvor mange ressourcer de enkelte sektorer anvender til digitalisering og data relativt til hinanden.

181 Regeringen og Danske Regioner, "Aftale om sundheds-it", 2010.

182 PA Consulting Group, "Styrings- og Finansieringsmodel, afrapportering vedr. revideret finansieringsmodel for sundheds-IT", 2021.

Boks 8.1

IT-ressourcer og eksterne IT-budgetter¹

	Interne IT-ressourcer (fuldtids-ansatte der arbejder med sundheds-IT og digitalisering)	Eksternt IT-budget (mia. kr. pr. år)
Fællesoffentligt (MedCom og sundhed.dk)	Ca. 150	Ca. 0,2
Indenrigs- og Sundhedsministeriet (inklusive styrelser, råd og nævn)	Ca. 600	Ca. 0,5
Regioner (sygehuse)	Ca. 3.500	Ca. 3,0
Kommuner²	Ca. 750	Ca. 1,5
Almenmedicinske tilbud³	Ca. 50	Ca. 0,5

1. Antal medarbejdere og størrelse af eksternt IT-budget er estimeret af PA Consulting Group; estimaterne er behæftet med betydelig usikkerhed.
2. Optælling baseret på kendskab til bemanning i et antal kommuner med varierende størrelse og organisering af IT indenfor sundhed/ældrepleje. Hertil skønsmæssig optælling af relevante medarbejdere i KL og KOMBIT
3. Optælling af medarbejdere i centrale organisationer som PLO, PLSP og KIAP. Der er ikke regnet med interne ressourcer i de enkelte lægepraksisser.

Kilde: PA Consulting Group. "Analyse af modeller for organisering og styring af arbejdet med digitale løsninger og data i det danske sundhedsvæsen", 2024.

Særlige problemstillinger indenfor digitaliserings- og dataområdet

I det følgende beskrives fire overordnede barrierer ved den nuværende organisering af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet. Barriererne begrænser muligheden for at realisere den nødvendige digitale transformation af sundhedsvæsenet og muligheden for at udnytte potentialet ved digitalisering og data til at fremtidssikre sundhedsvæsenet. De fire barrierer fremgår af boks 8.2, og i det følgende uddybes de enkeltvist.

Boks 8.2

Barrierer i den nuværende organisering af digitaliserings- og dataområdet

1. Der mangler beslutnings- og eksekveringskraft og fælles prioritering, bl.a. i forhold til udvikling og national implementering af fælles løsninger og infrastruktur.
2. Aktørerne har ikke tilstrækkelige forudsætninger for at varetage udvikling, implementering og drift af digitale og datadrevne løsninger.
3. Der er utilstrækkelige strukturer til og incitamenter for udbredelse af borgerrettede digitale løsninger og datadrevne teknologier.
4. Afhængighed af store leverandører og fragmenteret IT-arkitektur udfordrer sammenhæng, implementeringstempo og omkostningsniveau.

Beskrivelserne af de enkelte barrierer tager primært udgangspunkt i en række nyere analyser på området, der bl.a. baserer sig på interviews, workshops og lignende med nøglepersoner indenfor digitalisering og data fra alle dele af sundhedsvæsenet. Analyserne omfatter analyser, som Robusthedskommissionens anbefalinger hviler på, herunder Implements "Analyse af kompetencemangel i sundhedsvæsenet" og PwC's "Opsamling på workshop afholdt i regi af Robusthedskommissionen den 24. april 2023". Analyserne omfatter også PA Consulting Groups "Analyse af modeller for organisering og styring af arbejdet med digitale løsninger og data i det danske sundhedsvæsen", som er udarbejdet for Sundhedsstrukturkommissionen, og Health Tech Hub Copenhagen og Mandag Morgens "Anbefalinger til bedre sammenhæng og samarbejde til gavn for borgere og et presset sundhedsvæsen". Analyserne er desuden suppleret med konkrete cases som eksempler.

1. Der mangler beslutnings- og eksekveringskraft og fælles prioritering

Det danske sundhedsvæsen er i de seneste 20-30 år blevet digitaliseret betydeligt, og på tværs af sundhedsvæsenet er der bred enighed om og erfaringer med, at ny teknologi og digitale løsninger er en afgørende del af løsningen på at kunne håndtere de udfordringer, som sundhedsvæsenet står over for.¹⁸³

På trods af det er den nuværende organisering af digitaliserings- og dataområdet kendetegnet ved en svag beslutnings- og eksekveringskraft, og der mangler fælles prioriteringer.^{184 185} Det medfører bl.a., at udviklingen af den fælles digitale infrastruktur til datadeling og andre fælles løsninger på tværs af sundhedsvæsenet går for langsomt og er for ukoordineret. Dermed udnyttes de samlede digitaliserings- og dataressourcer i sundhedsvæsenet ikke effektivt. Derudover har det den konsekvens, at borgere og sundhedspersonale oplever et fragmenteret digitalt landskab med mange gode løsninger, som det er svært at navigere i, bl.a. fordi der ofte er overlap i funktioner. Det er således ofte uklart, hvilken løsning der kan og bør anvendes i den konkrete situation, jf. boks 8.3.¹⁸⁶

Boks 8.3

Kanalstrategi for datadeling i sundhedsvæsenet

I dag findes der en række digitale løsninger, hvor borgeren har adgang til egne sundhedsdata fx på sundhed.dk og i appsene MinSundhed og MinLæge. Der findes også en række løsninger, som sikrer, at sundhedspersonalet har adgang til data på tværs af sektorer, bl.a. Sundhedsjournalen, Et samlet Patientoverblik og FMK-online. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har fået foretaget en analyse, der kortlægger centrale udfordringer i det nuværende kanallandskab set fra borgeres og sundhedsfagliges perspektiv.

Analysen konkluderer, at data bliver udstillet og delt i vid udstrækning, men at der fortsat er et væsentligt potentiale for bedre adgang og genbrug af data på tværs. Udfordringerne er bl.a., at der er overlap i de digitale løsninger for datadeling, begrænset koordinering på tværs af udviklingsprogrammer, og at der mangler et fælles målbillede for det samlede kanallandskab.

Kilde: PA Consulting Group. "Fælles tværgående kanalstrategi for datadeling i sundhedsvæsenet", 2024.

Kommissionen vurderer, at den manglende beslutnings- og eksekveringskraft og fælles prioritering bl.a. skyldes, at ansvaret for drift, udvikling, implementering og anvendelse af digitale løsninger i sundhedsvæsenet i dag er fordelt ud på mange forskellige aktører. De omhandler bl.a. staten, regionerne, kommunerne, praksissektoren og en række øvrige organisationer. Samtidig findes der et stort antal beslutningsfora

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

184 Health Tech Hub Copenhagen og Mandag Morgen, "Anbefalinger til bedre sammenhæng og samarbejde til gavn for borgere og et presset sundhedsvæsen", 2023.

185 PwC, "Opsamling på workshop afholdt i regi af Robusthedskommissionen den 24. april 2023", 2023.

186 PA Consulting Group, "Fælles tværgående kanalstrategi for datadeling i sundhedsvæsenet", 2024.

på forskellige niveauer, både nationalt og lokalt og for de enkelte programmer og projekter. Gode løsninger kræver lokal forståelse og lokalt engagement, men kompleksiteten i organiseringen udfordrer en effektiv udvikling, udbredelse og implementering af løsninger. Det skyldes bl.a., at egne organisatoriske interesser ofte fylder i beslutningsfora på bekostning af fokus på at levere konkrete fællesoffentlige løsninger.¹⁸⁷ Som flere aktører fra sundhedsvæsenets parter har bemærket, er det derudover ofte uklart, hvad der løses nationalt og lokalt, og hvordan de to ting hænger sammen.¹⁸⁸

Den nuværende organisering giver heller ikke i tilstrækkelig grad mulighed for en samlet prioritering og styring af udviklingen i fællesoffentlige løsninger.¹⁸⁹ Det skyldes bl.a., at det ofte er strategier og aftaler, der bliver anvendt som styringsredskab for den samlede retning for digitalisering, og at de i deres nuværende form ikke sætter en tilstrækkelig forpligtende national retning for digitalisering og brug af data i sundhedsvæsenet. Det gør sig fx gældende for den nuværende Strategi for digital sundhed 2018-2024, de fællesoffentlige digitaliseringsstrategier og de løbende økonomiaftaler om implementering af konkrete løsninger.

Udfordringen ved styringsredskabet er bl.a., at der ofte er et begrænset kendskab til de nationale digitaliseringsstrategier udenfor styrelser, Danske Regioner og KL. Derudover indeholder de nuværende strategier i høj grad internt orienterede milepæle, aktiviteter og hensigtserklæringer for de enkelte projekter og i mindre grad eksternt rettede resultatmål eller indikatorer for digitalisering og anvendelse af data. Dermed forpligter de nationale strategier ikke de politiske og organisatoriske ledelseslag på sygehuse og i kommuner til at levere på aftalte initiativer. Prioritering af nationale strategier kræver dermed, at lokale ledelser selv tager initiativ til at ændre egne strategier og prioriteter, udarbejder implementeringsmål, ændrer økonomiske prioriteringer, faciliterer nye arbejdsgange og forandringsledelse, afsætter midler i budgetter m.v. Alt det sker oftest ikke frivilligt, hvilket medvirker til, at de nationale strategier og fællesoffentlige løsninger nedprioriteres i forhold til egne lokale prioriteter.¹⁹⁰

Tilsvarende er det det kommissionens vurdering, at økonomiaftaler på data- og digitaliseringsområdet i sundhedsvæsenet ikke altid sikrer den nødvendige forpligtelse til at realisere de aftalte løsninger og mål. Siden 2016 er der fx indgået flere økonomiaftaler om national udbredelse af telemedicin for borgere med KOL, og siden 2018 er der indgået både en politisk aftale og efterfølgende økonomiaftaler om at udvikle en digitale løsning til graviditetsforløb. Ingen af delene er kommet i mål endnu. Det er kommissionens vurdering, at en del af forklaringen er, at aftalerne ikke er tilstrækkeligt bindende til at sikre den fornødne prioritering og fremdrift lokalt.

I praksis har staten mulighed for at bruge sundhedsloven til strammere styring af området, fx ved at fastsætte standarder og krav til datadeling (som beskrevet i afsnittet om national regulering af digitalisering og data). Muligheden bliver dog kun i begrænset omfang anvendt som styringsredskab i dag. Det kan skyldes, at ny lovgivning ofte medfører omkostninger, som det er svært at blive enige om, herunder fordelingen af omkostningerne mellem stat, regioner og kommuner.

En yderligere årsag til, at digitale løsninger, som skal skabe sammenhæng på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet, ikke prioriteres, er, at omkostninger til udvikling ofte tilfalder én sektor, mens gevinster tilfalder en anden sektor.¹⁹¹ Udfordringerne vedrører særligt tværsektorielle løsninger, fx i forbindelse med hjemmebehandling, hvor der skal investeres i ny teknologi i det primære sundhedsvæsen for at forebygge indlæggelser på sygehusene. Det betyder, at kommunerne har udgifterne, mens regionerne opnår gevinsterne. Konsekvensen ved problematikken er, at investeringer og udbredelse af digitale løsninger, som samlet set

187 Health Tech Hub Copenhagen, og Tænketaiken Mandag Morgen. "Bedre digital sundhed: Anbefalinger til bedre sammenhæng og samarbejde til gavn for borgere og et presset sundhedsvæsen", 2023.

188 PwC. "Opsamling på workshop afholdt i regi af Robusthedskommissionen den 24. april 2023", 2023.

189 PA Consulting Group, "Analyse af modeller for organisering og styring af arbejdet med digitale løsninger og data i det danske sundhedsvæsen.", 2024.

190 Health Tech Hub Copenhagen, og Tænketaiken Mandag Morgen. "Bedre digital sundhed: Anbefalinger til bedre sammenhæng og samarbejde til gavn for borgere og et presset sundhedsvæsen", 2023.

191 PA Consulting Group, "Business case for landsdækkende udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med hjertesvigt", 2021.

kan medføre store gevinster for sundhedsvæsenet, bremses. Derudover er der med implementering af ny teknologi ofte tale om forudbetaling mod langsigtede gevinster, hvilket særligt i kommunalt regi kan være en hæmsko for prioritering og villighed til at investere i teknologi i en presset økonomi.¹⁹²

På trods af de nævnte udfordringer konstaterer Sundhedsstrukturkommissionen, at det under COVID-19-pandemien blev tydeligt, at det kan lade sig gøre hurtigt og effektivt at udbrede digitale løsninger i det danske sundhedsvæsen, når det lykkes at skabe fælles prioritering og eksekveringskraft, jf. boks 8.4.

Boks 8.4

COVID-19-pandemien – det gode eksempel på stor eksekveringskraft ved fælles prioritering

Danmark klarede sig bedre gennem COVID-19-pandemien end mange andre lande. Det skyldtes bl.a. en hurtig og vellykket udbredelse af digitale løsninger, fx apps, videokonsultationer og digital smitteopsporing, og en effektiv digital understøttelse af vaccinationsindsatsen.

De digitale løsninger blev udviklet på tværs af mange aktører og på meget kort tid. Erfaringerne fra COVID-19-pandemien viser, hvad det samlede sundhedsvæsen er i stand til, når der er en tydelig prioritering af ressourcer, og aktørerne trækker i samme retning mod et fælles mål.

Kilde: Oxford Research. 2022. Evaluering af organiseringen af vaccinationsindsatsen mod covid-19. Healthcare Denmark. 2023. Pandemic response in Denmark.

2. Aktørerne mangler forudsætninger for at varetage udvikling, implementering og drift af teknologiske løsninger

Der har i de seneste år været et generelt fokus på at få teknologi ind på sundhedsuddannelserne, så fremtidens medarbejdere bliver klædt på til at skulle kunne navigere i det digitale landskab og understøtte borgernes forløb med teknologi.¹⁹³ Alligevel viser solid viden, at lederes og medarbejders mangel på digitale kompetencer udgør en væsentlig barriere for implementering af ny teknologi i sundhedsvæsenet.¹⁹⁴¹⁹⁵¹⁹⁶ Derudover har ledere ikke altid de rette kompetencer til at lede en digital omstilling i sundhedsvæsenet, fx kompetencer indenfor forandringsledelse og teknologiforståelse.¹⁹⁷¹⁹⁸ Flere af aktørerne i den nuværende organisering af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet har dermed ikke de tilstrækkelige forudsætninger for at varetage udvikling, implementering og drift teknologiske løsninger og bruge nye teknologier såsom kunstig intelligens.

Samtidig er der stor forskel på niveauet af kompetencer og mængden af ressourcer indenfor digitalisering og data på tværs af sundhedsvæsenet. Hvis der skal sikres en effektiv brug af ny teknologi, er det nødvendigt at aktørerne tilegner sig en række nye kompetencer, fx indenfor IT-arkitektur, teknologivurdering og indkøb. Det udfordrer særligt praksissektoren og kommunerne. De har en simplere systemportefølje sammenlignet med den nationale og særligt den regionale systemportefølje, og der er i dag en stor variation i ressourcer, kompetencer og investeringsniveau på tværs af sektorerne. Mulighederne for lokal innovation, effektiv implementering og forretningsunderstøttelse er dermed mere begrænsede i det primære sundheds-

192 Deloitte, "Analyse af barrierer for udbredelse af nye teknologier.", 2018.

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

194 Bjørnholt, Bente m.fl. "Ledelse af digitalisering. Videnskortlægning af den skandinaviske litteratur om ledelse af digitalisering". VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2020.

195 Implement Consulting Group, "Analyse af kompetencemangel i Sundhedsvæsenet", 2023.

196 KPMG og VIVE, "Styrkelse af digitale kompetencer inden for datadrevne teknologier til brug for automatisering, prædiktions- og beslutningsstøtte hos sundhedspersoner", 2022.

197 Bjørnholt, Bente m.fl. "Ledelse af digitalisering. Videnskortlægning af den skandinaviske litteratur om ledelse af digitalisering". VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2020.

198 PwC. "Opsamling på workshop afholdt i regi af Robusthedskommissionen den 24. april 2023", 2023.

væsen.¹⁹⁹ Det betyder også, at det ikke er alle aktører, der har kompetencer og ressourcer til at gennemføre udbud effektivt, og det kan være svært at give tilstrækkeligt modspil til de store leverandører, der har hele teams af specialister i udbud. Det giver leverandørerne en fordel, fordi det kan være svært for mindre indkøbere at gennemskue, hvilken leverandør der reelt har den bedst egnede løsning.²⁰⁰

En særlig problematik vedrører aktørernes juridiske kompetencer til at vurdere og udnytte de nye teknologiske muligheder.^{201 202 203} Der er tunge juridiske krav på sundhedsområdet, bl.a. fordi sundhedsdata er stærkt personfølsomme og kræver høj sikkerhed. Samtidig er der i sundhedsloven specifikke regler for, hvornår og hvem der kan tilgå sundhedsoplysninger. Endelig skal aktørerne tage højde for mere regulering fra EU's side. Et eksempel er forordningen for medicinsk udstyr (MDR), der stiller krav om såkaldt CE-mærkning af medicinsk udstyr. Her kan det være nødvendigt at hente specialiseret viden udefra til at gennemføre eller vejlede om processen og kravet om CE-mærkning.

De juridiske kompetencer er fordelt på mange enheder i sundhedsvæsenet, og der er mange eksempler på, at lovgivningen opfattes som uklar og på, at den fortolkes forskelligt fra enhed til enhed. Det handler fx om forskelle i fortolkningen af lovgivningen mellem regioner og kommuner, når det kommer til data-deling på tværs af sektorer, men de enkelte medarbejdere kan også opleve usikkerhed om, hvad de må i en given situation. Det kan fx medføre, at der indhentes unødvendigt samtykke, at sundhedspersonalet ikke indhenter oplysninger, som ellers er lovlige at indhente, eller at loven tolkes strammere, end den er.²⁰⁴ Brugen af kunstig intelligens giver derudover også udfordringer og medfører uensartet juridisk praksis, fordi de eksisterende juridiske rammer skal anvendes på en ny måde. Som nævnt i afsnittet om juridiske rammer har Indenrigs- og Sundhedsministeriet igangsat en analyse af juridiske barrierer for datadeling på tværs af sektorer i patientbehandling.

Særligt fra kommunernes side bliver der efterspurgt klare retningslinjer fra centrale organisationer, såsom KL og Sundhedsstyrelsen frem for anbefalinger, som efterlader et for stort rum til lokal fortolkning.^{205 206} Det findes dog eksempler på, at kommunerne hjælper hinanden med at fortolke regler bl.a. i Det Fælleskommunale Databehandlersekretariat.²⁰⁷

3. Der mangler strukturer for og incitamenter til innovation og udbredelse af nye løsninger

Allerede i dag bliver der foretaget værdiskabende innovation i det danske sundhedsvæsen, fx lokalt i klinikken og gennem offentlig-privat samarbejde. Her udvikles der arbejdskraftsbesparende løsninger, og der bliver afprøvet nye teknologier som kunstig intelligens, der på sigt kan bruges til at ændre den måde, der arbejdes på i sundhedsvæsenet. Potentialet er enormt, men teknologierne giver også udfordringer, jf boks 8.5.

199 PA Consulting Group. "Analyse af modeller for organisering og styring af arbejdet med digitale løsninger og data i det danske sundhedsvæsen", 2024.

200 Health Tech Hub Copenhagen, og Tænk tanken Mandag Morgen. "Bedre digital sundhed: Anbefalinger til bedre sammenhæng og samarbejde til gavn for borgere og et presset sundhedsvæsen", 2023.

201 PwC, "Opsamling på workshop afholdt i regi af Robusthedskommissionen den 24. april 2023".

202 Health Tech Hub Copenhagen, og Tænk tanken Mandag Morgen. "Bedre digital sundhed: Anbefalinger til bedre sammenhæng og samarbejde til gavn for borgere og et presset sundhedsvæsen", 2023.

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

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

205 Health Tech Hub Copenhagen, og Tænk tanken Mandag Morgen. "Bedre digital sundhed: Anbefalinger til bedre sammenhæng og samarbejde til gavn for borgere og et presset sundhedsvæsen", 2023.

206 PwC. "Opsamling på workshop afholdt i regi af Robusthedskommissionen den 24. april 2023", 2023.

207 Det fælleskommunale Databehandlersekretariat. "Om sekretariatet". 2024.

Boks 8.5

Potentiale og udfordringer ved nye teknologier, fx kunstig intelligens og sprogmodeller

I dag ses der en stor og hastig udvikling af nye teknologier fx kunstig intelligens, sprogmodeller og chatbots. De har et enormt potentiale for at kunne forandre fremtidens sundhedsvæsen grundlæggende. Fx forventes det, at sprogmodeller fremover kan skrive resuméer af journalnotater, skrive epikriser, give behandlingsforslag og bruges af patienter til at forstå symptomer og sygdom bedre. Datadrevne teknologier som kunstig intelligens vil kunne bruges til screeninger, hurtigere diagnostik og automatisering af arbejdsgange.

Den hastige udvikling medfører et behov for klare rammer for, hvordan de nye teknologier kan anvendes, hvis potentialet skal indfries. Samtidig stiller de nye teknologier krav om en række nye kompetencer indenfor bl.a. jura, etik, dataanalyse og IT-udvikling.

Der findes en lang række projekter i sundhedsvæsenet, som allerede arbejder med udbredelsen af de nye teknologier, særligt kunstig intelligens, men der er ikke en samlet national strategi, struktur og arkitektur for brugen, og det er op til de enkelte sundhedsaktører at teste og arbejde med sprogmodeller.

Kilde: PwC. 2023. Opsamling på workshop afholdt i regi af Robusthedskommissionen den 24. april 2023.

Der er et stort potentiale i at sikre bedre strukturer og incitamenter til samarbejde og koordination af udbredelse og implementering af nye teknologiske løsninger. Selvom den decentrale struktur potentielt giver mulighed for afgrænsede, lokale eksperimenter og tværgående læring, så er det i praksis omkostnings tungt og ineffektivt, når alle fem regioner, 98 kommuner og 21 akutsygehuse afprøver og implementerer nye løsninger selvstændigt og parallelt, særligt med tanke på de knappe udviklingsressourcer. Det øger også risikoen for, at der arbejdes efter forskellige mål, og at ressourcer prioriteres til udvikling af egne, ofte parallelle, løsninger, frem for til implementering af projekter, der allerede er udviklet og har vist stor effekt andre steder. Det er ifølge en analyse gennemført af Implement for Robusthedskommissionen i 2023 en af hovedårsagerne til, at en lang række projekter med dokumenteret effekt aldrig er blevet udbredt og skaleret landsdækkende.²⁰⁸

Samtidig vurderes det bl.a. i en analyse gennemført af Health Tech Hub Copenhagen og Mandag Morgen, at det typisk er nemmere at opnå finansiering til at udvikle og teste nye løsninger end til at udbrede og implementere eksisterende løsninger. Derudover er aktørerne ofte tilbageholdende med at udbrede andres løsninger, fordi der er større faglig og politisk prestige i at udvikle egne løsninger, og fordi tilliden til egne løsninger ofte er størst, også selvom løsningerne har vist god effekt i andre dele af sundhedsvæsenet. Det resulterer i, at ressourcer prioriteres til udvikling og pilotafprøvninger frem for til idriftsættelse og skalering.^{209 210}

En anden udfordring handler om, at der i Danmark ikke findes et samlet overblik over, hvilke digitale sundhedsløsninger der er validerede og effektvurderede. I stedet er det op til hver enkelt aktør i sundhedsvæsenet at foretage vurdering af ny teknologi, bl.a. om de i tilstrækkelig grad lever op til kriterier som brugervenlighed, datasikkerhed, integration til IT-systemer og effekt.²¹¹ Der mangler således en organisering, der kan understøtte implementering af ny teknologi. Særligt de små enheder kan have svært ved at

208 Implement Consulting Group. "Analyse af kompetencemangel i Sundhedsvæsenet", 2023.

209 Health Tech Hub Copenhagen, og Tænk tanken Mandag Morgen. "Bedre digital sundhed: Anbefalinger til bedre sammenhæng og samarbejde til gavn for borgere og et presset sundhedsvæsen", 2023.

210 PwC. "Opsamling på workshop afholdt i regi af Robusthedskommissionen den 24. april 2023", 2023.

211 Health Tech Hub Copenhagen, og Tænk tanken Mandag Morgen. "Bedre digital sundhed: Anbefalinger til bedre sammenhæng og samarbejde til gavn for borgere og et presset sundhedsvæsen", 2023.

løfte opgaven med at identificere, afprøve, udbyde, implementere og skalere nye teknologier.²¹² Der er brede erfaringer med, at implementering af veldokumenterede løsninger udveksles for lidt, og der er et utilstrækkeligt fokus på at få evalueret teknologien.²¹³

Det bemærkes, at der er taget enkelte initiativer på området, bl.a. Kommunernes Teknologipartnerskab, der har til formål at sikre øget udbredelse af veldokumenterede teknologier, der sparer tid og løfter borgernes velfærd og et kommende nævn for sundhedsapps, som får ansvar for vurdering af sundhedsapps.^{214 215} Også i regionalt regi er der taget en række initiativer til hurtigere og mere systematisk udbredelse af de gode løsninger på tværs af de fem regioner, herunder Regionernes Innovationsboard og Behandlingsrådet. Innovationsboardet blev nedlagt i 2023, da det ikke havde haft den ønskede effekt.²¹⁶ Danske Regioner har i april 2024 besluttet at slå Behandlingsrådet sammen med RKKP i en ny organisation kaldet Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut. Det nye institut overtager Behandlingsrådets opgaver med at evaluere nye sundhedsteknologier og behandlingsformer.²¹⁷

Derudover er beslutningsfora om digital transformation ofte afkoblet fra faglige beslutningsfora. Digital transformation medfører ændringer af arbejdsgange og organisering, men beslutningerne om fx udbredelse af digitale løsninger er ofte forankrede i en særskilt organisering langt fra de fora, der beskæftiger sig med den sundhedsfaglige og kliniske udvikling, herunder de kliniske anbefalinger og retningslinjer. Det betyder bl.a., at de digitale løsninger ikke tænkes ind i tilrettelæggelsen af de relevante arbejdsgange fra start af.²¹⁸ Det samme gælder for de decentrale ressourcer til implementering og forankringsledelse, som heller ikke tænkes ind. Implementering kræver kliniske drivkræfter og lokalt arbejde i form af meningsskabelse og dialoger om faglig forandring, men ifølge sundhedsvæsenets aktører udfordres det af, at medarbejderne i forvejen har travlt med at passe deres primære arbejdsopgaver.²¹⁹ Når de nødvendige ændringer i arbejdsgangene ikke implementeres tilstrækkeligt, udebliver den en del af effekten ved de teknologiske løsninger.

Endelig hæmmes innovationen i sundhedsvæsenet af, at forskere og life science-virksomheder oplever udfordringer ved at anvende sundhedsdata. Adgang til sundhedsdata er en forudsætning for forskning og innovation, fx for udvikling af bedre patientbehandling. I dag er adgangen besværliggjort af manglende overblik over datakilder, administrativt tunge godkendelsesprocesser, vanskeligheder ved at koble data på tværs af dataansvarlige myndigheder og utilstrækkelig analysekapacitet.²²⁰ Samtidig er der en række juridiske barrierer for udvikling og anvendelse af ny teknologi, fx udvikles mange datadrevne teknologier som led i forskningsprojekter, men når de slutter, kan den indsamlede data ikke bruges til andre formål, herunder i patientbehandling, på grund af reglerne i databeskyttelsesloven.²²¹

Der er opmærksomhed på området, og det indgår eksempelvis som en del af "Vision for strategisk samarbejde for bedre brug af sundhedsdata", at der skal etableres en central løsning, der kan lette adgangen til sundhedsdata, bl.a. for forskere.²²² Det er dog kommissionens vurdering, at der er behov for yderligere tiltag på området.

212 Implement Consulting Group. "Analyse af kompetencemangel i Sundhedsvæsenet", 2023.

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

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

215 Indenrigs- og Sundhedsministeriet, "Lov om ændring af sundhedsloven (Bedre digital forældreadgang til børns helbredsoplysninger, indhentning og videregivelse af helbredsoplysninger og andre fortrolige oplysninger og etablering af et nævn for sundhedsapps)", 1549 2023-24 § (2023).

216 Danske Regioner, "Referat af møde i Danske Regioners bestyrelse 28. september 2023", 2023.

217 Danske Regioner. "Danske Regioner styrker arbejdet med kliniske retningslinjer og opretter et nyt, stærkt kvalitetsinstitut". Danske Regioners hjemmeside, 8. april 2024.

218 Health Tech Hub Copenhagen, og Tænketaiken Mandag Morgen. "Bedre digital sundhed: Anbefalinger til bedre sammenhæng og samarbejde til gavn for borgere og et presset sundhedsvæsen", 2023.

219 PwC. "Opsamling på workshop afholdt i regi af Robusthedskommissionen den 24. april 2023", 2023.

220 Sundhedsministeriet m.fl., "Vision – Strategisk samarbejde for bedre brug af sundhedsdata", 2021.

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

222 Sundhedsministeriet m.fl., "Vision – Strategisk samarbejde for bedre brug af sundhedsdata". 2021.

4. Der er stor afhængighed af leverandører og en fragmenteret IT-arkitektur

Markedet er i høj grad med til at drive innovationen i sundhedsvæsenet, men kommuner og regioner er samtidig meget afhængige af leverandører til at hjælpe med udviklingen af infrastruktur, systemer og løsninger. Det medfører udfordringer i forhold til sammenhæng, implementeringstempo og omkostningsniveau. Den store afhængighed af leverandører udfordrer sundhedsvæsenets agilitet og skyldes bl.a., at de interne udviklingsressourcer er knappe og spredt ud på mange aktører. Derfor bliver der også kun i begrænset omfang anvendt interne ressourcer til at udvikle nye løsninger, give leverandører kvalificeret med- og modspil og til selv at sætte tempo for udvikling²²³. Det er en af årsagerne til, at tempoet for implementering af fælles løsninger fx til datadeling, ofte er lavt. Tempoet øger risikoen for forældede nationale løsninger og konkurrerende lokale løsninger, når den fælles løsning står klar.²²⁴

Det har fx taget så lang tid at få udviklet den Fælles Telemedicinsk Infrastruktur (FUT), at der nu er udviklet en lang række lokale telemedicinske løsninger²²⁵. Løsningerne er ikke alle lavet til at skulle kunne integrere til FUT, og det betyder bl.a., at de data, der indsamles i løsningerne, ikke kan deles på tværs. Et andet eksempel er den fælles digitale løsning til graviditetsforløb, som nu har været så længe undervejs, at regionerne hver især begynder at lave deres egne apps til formålet²²⁶.

Leverandørafhængigheden øger også sundhedsvæsenets omkostninger i forbindelse med digitalisering og data, da stigende udgifter til IT-leverandører udhuler budgetterne. Regionernes udgifter til IT-systemer og licenser lægger beslag på en stadigt større del af budgetterne. Regionerne investerede fx 2,9 mia. kr. i IT-ydelser i 2022. Det betyder, at udgifterne til IT stiger hurtigere end udgifterne til sundhed.^{227 228} Når aktørerne derudover ikke har tilstrækkelige ressourcer til indkøb, udbud og leverandørstyring eller til egen udvikling af løsninger, kan det også påvirke mulighederne for at forhandle priser og vilkår.

Sundhedsvæsenets sektoropdeling medfører derudover, at der ikke er den tilstrækkelige sammenhæng mellem IT-systemerne i regioner, kommuner og lægepraksissystemer. I stedet kan systemerne betragtes som særskilte aktør- og sektorspecifikke løsninger. Når der ikke stilles tilstrækkelige krav til aktørerne om fælles strategisk retning for digitalisering af det samlede sundhedsvæsen, betyder det, at de sektorspecifikke fagsystemer primært fokuserer på egne behov og i højere grad beror på den enkelte leverandørs løsning. Dermed understøtter løsningerne ikke sammenhæng i behandlingsforløb og arbejdsgange på tværs af sundhedsvæsenet i en tilfredsstillende grad.²²⁹

Et eksempel er regionernes EPJ-konsolidering i Øst- og Vestdanmark. EPJ-konsolideringen har nogle stordriftsfordele, men kommissionen vurderer, at den også udfordrer visioner om innovation og sammenhæng. Det er nemlig svært at integrere til systemerne, og integration af løsninger er ofte forbundet med høje udgifter og lange tidshorisonter. Konsolidering af regionernes EPJ-landskab udfordrer dermed datadeling og skalering.

I en analyse gennemført af Health Tech Hub Copenhagen og Mandag Morgen vurderes det, at det er en væsentlig barriere for den samlede digitalisering af sundhedsvæsenet, at der ikke er tilstrækkelige krav til leverandørerne om at sikre, at systemerne, både EPJ-systemer og systemer i kommuner og de almenmedicinske tilbud, er nemme at integrere op imod for andre systemer. Udfordringen er særlig stor, når løsninger skal anvendes på tværs af sundhedsvæsenet og derfor skal integreres i mange forskellige systemer.²³⁰

223 PA Consulting Group. "Analyse af modeller for organisering og styring af arbejdet med digitale løsninger og data i det danske sundhedsvæsen", 2024.

224 PwC. "Opsamling på workshop afholdt i regi af Robusthedskommissionen den 24. april 2023", 2023.

225 MedCom, "Telemedicinske initiativer – En kortlægning af telemedicinske initiativer i Danmark", 2019.

226 Hospitalsenhed Midt, Region Midtjylland, "Nyt app-tilbud skal give mere tryk til gravide", 2021.

227 Ginman, Rasmus Jessen. "Stigende it-udgifter udhuler Region H's økonomi: »Omkostninger til it stiger hurtigere end til sundhed«". DigiTech, 2023.

228 IT-Branchen, "Her investerer man mest og mindst i det offentlige", 2024.

229 Health Tech Hub Copenhagen, og Tænk tanken Mandag Morgen. "Bedre digital sundhed: Anbefalinger til bedre sammenhæng og samarbejde til gavn for borgere og et presset sundhedsvæsen", 2023.

230 Health Tech Hub Copenhagen, og Tænk tanken Mandag Morgen. "Bedre digital sundhed: Anbefalinger til bedre sammenhæng og samarbejde til gavn for borgere og et presset sundhedsvæsen", 2023.

Et eksempel er, at de regionale EPJ-leverandører typisk har behov for 18-24 måneder, hvis der skal foretages ændringer i systemerne og laves integrationer til nye løsninger, hvilket fx er tilfældet for den kommende digitale løsning for fravalg af genoplivning. Løsningen skal sikre, at sundhedspersoner rundt om en given borger får besked i deres IT-systemer, hvis borgeren har frabedt sig genoplivning. Andre gange medfører udfordringerne, at der udvikles særskilte løsninger uden integrationer til EPJ-systemerne. Det er fx tilfældet ved Samblik Diabetes, som er en digital løsning, der giver sundhedsfaglige i alle sektorer det samme overblik over diabetespatienters sygdomshistorie og dermed gør det muligt at tilbyde en bedre og mere sammenhængende behandling på tværs af sektorer. Løsningen er ikke integreret i de regionale og kommunale journalsystemer, så personalet tilgår i stedet løsningen via Sundhedsfaglig NemLogIn²³¹. Kommissionen vurderer, at der er en risiko for at personalet går glip af vigtig og relevant viden, jo flere steder de skal orientere sig for at finde de forskellige oplysninger.

231 Steno Diabetes Center Aarhus, "SAMBLIK: Samme patientoverblik på tværs af sektorer", 2024.

Kapitel 9: Regionernes øvrige opgaver

Kapitel 9 beskriver indholdet af regionernes øvrige opgaver. Regionerne varetager udover sundhedsområdet en række forskelligartede opgaver. Under overskriften "Regional udvikling" varetager regionerne opgaver vedrørende kollektiv trafik, ungdomsuddannelse, kultur og miljø. Dertil kommer, at regionerne er driftsherrer på en række tilbud på socialområdet og området for specialundervisning. De fleste opgaver overtog regionerne fra de tidligere amter.

Siden kommunalreformen i 2007 er der foretaget enkelte justeringer i regionernes øvrige opgaver. Som opfølgning på evalueringen af kommunalreformen i 2013 blev kompetencen til at udstede godkendelser til råstofindvinding flyttet fra kommunerne til regionerne. Som opfølgning på eftersyn af erhvervsfremmeindsatsen i 2016 blev den decentrale erhvervsfremmeindsats samlet hos kommunerne i forbindelse med erhvervsfremmereformen i 2018.

Kollektiv trafik

Regionerne deler ansvaret for den lokale kollektive trafik med kommunerne. Regionerne og kommunerne deltager sammen i de regionale trafikselskaber, som blev oprettet i forbindelse med kommunalreformen i 2007. Trafikselskaberne har til opgave at sørge for koordinering og planlægning af den offentlige service- trafik, fastsættelse af takster, individuel handicapkørsel og privatbaner.

Trafikselskaberne er stiftet af den region, hvori de ligger, og kommunerne i regionen. Trafikselskaberne ledes af en bestyrelse, der består af repræsentanter fra trafikselskabets ejerregioner og -kommuner. Trafikselskaberne er nedsat ved lov og er selvstændige forvaltningsmyndigheder i forhold til både regioner og kommuner.

Trafikselskaberne er:

- Nordjyllands Trafikselskab (NT) (Region Nordjylland)
- Midttrafik (Region Midtjylland)
- Sydtrafik (Region Syddanmark, kun for Syd- og Sønderjylland)
- Fynbus (Region Syddanmark, kun for Fyn)
- Movia (Region Sjælland og Region Hovedstaden)

Den lokale kollektive transport på Bornholm varetages af Bornholms Regionskommune. Tre ø-kommuner har i henhold til en hjemmel i lov om trafikselskaber udmeldt sig af trafikselskabet og har nu selv ansvaret for lokal kollektiv transport. Det drejer sig om Ærø, Fanø og Samsø.

Trafikselskaberne står for indkøb af regional bustrafik og privatbanetrafik på vegne af regionerne og kommunal bustrafik på vegne af kommunerne. Der findes 13 privatbaner (lokalbaner).

Trafikselskabernes økonomi skal balancere, og det er ejernes (kommuner og regioners) ansvar at sikre, at det sker. I praksis betyder det, at de udgifter, der ikke kan dækkes af passagerindtægter, skal finansieres af tilskud fra ejerne i det enkelte år.

Regionerne har desuden fået overdraget trafikøberansvaret for lokal togtrafik på udvalgte strækninger af statens jernbanenet. Det er med henblik på at skabe en bedre sammenhæng i, hvilke jernbanestrækninger der drives lokalt og ofte i sammenhæng med de eksisterende privatbaner (lokalbaner).

De nuværende regionale trafikselskaber og Bornholms Regionskommune er medejere af Rejsekort & Rejseplan A/S. Samtidig er Region Midtjylland og Region Hovedstaden medejere af henholdsvis Aarhus' og Hovedstadens letbane.

Jordforurening

Regionerne varetager indsatsen mod de jordforureninger, der kan have skadelig virkning på natur, miljø og menneskers sundhed.

Efter de gældende regler skal jordforurening som udgangspunkt fjernes af den, der har forurenet. Forureningen kan dog være sket for år tilbage med andre regler, end der gælder i dag, så der ikke er en forurener til at fjerne forureningen. Opgaven overgår i givet fald til en offentlig indsats, som varetages af regionerne.

Overordnet varetages følgende opgaver af regionerne:

- Kortlægning af arealer med jordforurening
- Prioritering og udførelse af undersøgelses- og oprensningsprojekter. Selve udførelsen af oprensning sker gennem udbud.
- Værditabsprojekter, hvor boligejere mod egenbetaling kan få fremrykket oprydning af deres ejendom.
- Generationsforureninger, herunder prioritering og oprensning.

Råstofindvinding på land

Regionerne varetager forvaltningen af råstofindvinding på land. Råstoffer defineres ifølge råstofloven som sten, grus, sand, ler, kalk, kridt, tørv, muld og lignende forekomster, men ikke de råstoffer, som fx olie og naturgas, der er omfattet af lov om anvendelse af Danmarks undergrund. Staten er ansvarlig myndighed i forhold til råstofindvindingen til havs, mens regionerne er myndighed, når det gælder indvindingen på land.

Regionernes opgaver på råstofområdet er at udarbejde råstofplaner og udstede tilladelser til indvinding på land. Råstofplanerne udarbejdes for hver enkelt region og indeholder en plan for indvinding og forsyning omfattende en periode på mindst 12 år. Råstofplanerne udstikker de overordnede retningslinjer for råstofindvinding på land og fastlægger graveområder og interesseområder.

Regionerne overtog tilladelseskompetencen fra kommunerne i 2014. Baggrunden for at flytte opgaven var, at der var for få årlige ansøgninger om indvinding i de enkelte kommuner, og at kommunerne derfor ikke havde mulighed for at opbygge og sikre tilstrækkelige kompetencer.

Ungdomsuddannelse

Regionerne varetager koordineringsopgaver på ungdomsuddannelsesområdet m.v., herunder sikring af sammenhæng i udbuddet. På gymnasieområdet varetager regionerne endvidere opgaver som kapacitetsstyring og elevfordeling.

Regionerne har indstillingsret til 20 pct. af socialfondsmidlerne i programperioden for 2021-2027, svarende til ca. 171 mio. kr. til at styrke regionernes arbejde på uddannelsesområdet.

Koordineringsopgaver på ungdomsuddannelsesområdet m.v.

Børne- og undervisningsministeren har det overordnede ansvar for at sikre uddannelsesdækningen. Regionsrådet har til opgave at koordinere den samlede indsats i regionen for at sikre, at der er tilstrækkeligt og varieret uddannelsesstilbud i regionen af gymnasiale ungdomsuddannelser og erhvervsuddannelser og voksenuddannelsescentrenes (VUC) tilbud (HF-enkeltfag, forberedende voksenundervisning (FVU), almen voksenuddannelse (AVU) og ordblindeundervisning for voksne). Koordineringen omfatter også placeringen af udbud og kapaciteten på uddannelserne. Regionsrådet skal endvidere høres, inden VUC'erne indgår driftsoverenskomster om FVU og ordblindeundervisning for voksne.

Regionsrådene kan desuden yde formåls- og tidsbestemte udviklingstilskud til offentlige gymnasier, voksenuddannelsescentre, institutioner for erhvervsrettet uddannelse og FGU-institutioner, herunder anlægstilskud med henblik på at understøtte regionens udviklingsstrategi.

Gymnasieområdet

Ud over de ovenfor nævnte koordineringsopgaver varetager regionsrådet på gymnasieområdet endvidere opgaver med kapacitetsstyringen, bl.a. fra 2026/27 fastsættelse af kapaciteten på de enkelte institutioner eller afdelinger. Regionsrådet koordinerer desuden fordelingen af elever på uddannelsen til almen studentereksamen, uddannelsen til HF-eksamen, uddannelsen til merkantil studentereksamen, uddannelsen til teknisk studentereksamen og pre-IB.

Fordelingen af ansøgere til de gymnasiale ungdomsuddannelser sker i en landsdækkende fordelingsmekanisme (Den Koordinerede Tilmelding til Gymnasiale Ungdomsuddannelser), der stilles til rådighed af Børne- og Undervisningsministeriet (Styrelsen for IT og Læring) for regionerne.

Opgaven omfatter desuden:

- Fordeling af ansøgere, der er indgået i den landsdækkende fordelingsmekanisme, men ikke er blevet fordelt.
- Fordeling af ansøgere, der ikke er indgået i den centrale fordelingsrunde m.v. (eftertilmeldere) til og med første uge af november.
- Behandling af ansøgninger, hvor ansøgeren ønsker forrang som følge af handicap.
- Behandling af indsigelser og klager.
- Kommunikation til elever og forældre.

Opgaven på gymnasieområdet omfatter herudover:

- Formandskab og sekretariatsbetjening af gymnasiesamarbejder
- Godkendelse af profilgymnasier

Øvrig regional udvikling

Regionerne har i dag mulighed for at udarbejde en regional udviklingsstrategi, der omfatter regionernes opgaver inden for regional udvikling og i tilknytning hertil den fremtidige udvikling i regionen, infrastruktur, udvikling i yderområderne, natur og rekreative formål, grøn omstilling og klimatilpasning og eventuelle grænseoverskridende samarbejder. Regionerne kan ansøge om og deltage i projekter om kvalificeret arbejdskraft under Den Europæiske Socialfond, som udmøntes af Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse. Regionerne er repræsenteret med ét medlem i Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse og ét medlem i de seks tværkommunale erhvervshuses bestyrelser.

Regionerne kan deltage i grænseoverskridende samarbejder, herunder kan de også være ansættelsesmyndighed for Interreg-sekretariater, og er repræsenteret i overvågningsudvalg for en række Interreg-programmer og nationale strukturfondsprogrammer for programperioden 2021-2027. Endvidere er regionerne repræsenteret med ét medlem i overvågningsudvalget for Fonden for Retfærdig Omstilling for programperioden 2021-2027.

Planlov

Regionerne har enkelte opgaver og rettigheder i henhold til planloven. Det drejer sig om følgende:

- Regionsrådene kan på eget initiativ over for ministeren for byer og landdistrikter fremsætte forslag til landsplanlægning.

- Regionsrådene kan gøre indsigelse over for forslag til kommuneplaner og ændringer af kommuneplaner, hvis planforslaget er i strid med den regionale råstofplan. Regionsrådene skal underrette ministeren for byer og landdistrikter herom.

Kultur

Regionerne er ikke pålagt myndighedsopgaver eller driftsopgaver på kulturområdet. Regionerne kan imidlertid medvirke til at igangsætte kulturbegivenheder og udvikle kulturelle tilbud.

Det specialiserede socialområde

Med kommunalreformen i 2007 fik kommunerne det fulde myndigheds-, forsynings- og finansieringsansvar på det specialiserede socialområde. Kommunerne overtog størstedelen af de tidligere amtslige institutioner og tilbud. Regionerne har driftsherre- og udviklingsansvar for de tilbageværende tilbud. Regionerne har en forsyningspligt, som indebærer, at regionerne har ansvar for at stille en række specifikke tilbudstyper til rådighed for kommunerne.

Kommuner kan vælge at overtage regionale sociale tilbud beliggende i kommunen. Kommunerne kan gøre brug af muligheden én gang i hver valgperiode. Der kan undtages fra det, hvis det er som led i et driftspålæg fra Social- og Boligstyrelsen. Et driftspålæg indebærer, at en kommune eller en region pålægges et driftsansvar for at opretholde eller videreføre et tilbud. Formålet er at sikre, at den rette viden og kompetencer er til stede over for bestemte målgrupper.

De nuværende regionale tilbud omfatter bl.a. midlertidige og længerevarende botilbud til voksne med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse, sikrede døgninstitutioner og døgntilbud til børn og unge. Regionerne kan desuden efter aftale med kommunerne opføre og eje almene ældreboliger, der er særligt indrettet til personer med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne.

Flere af regionernes sociale tilbud er højt specialiserede, eksempelvis de sikrede døgninstitutioner for børn og unge, som anbringes af socialretlige, strafferetlige og udlændingeretlige årsager, og Kofoedsminde, der er et sikret botilbud for domfældte med udviklingshæmning.

I alt driver regionerne ca. 3.800 pladser fordelt på 89 tilbud. I alt findes godt 95.300 pladser fordelt på godt 2500 sociale tilbud. Størstedelen af de regionale tilbud er målrettet voksne. Knap syv ud af ti pladser er til tilbudstyper med døgnophold.²³²

Specialundervisning

Regionerne varetager opgaver vedrørende specialundervisning, herunder specialiserede tilbud om specialundervisning og specialpædagogisk bistand efter folkeskoleloven og specialundervisning for voksne.

Specialiserede tilbud om specialundervisning og specialpædagogisk bistand efter folkeskoleloven

Regionerne er driftsherrer på fire lands- og landsdelsdækkende undervisningstilbud inden for specialundervisning og specialpædagogisk bistand for børn og unge under 18 år med alvorlige syns- og hørehandicap og svære fysiske handicap. Regionerne overtog ansvaret i forbindelse med kommunalreformen og har ansvar for at tilpasse kapaciteten og sammensætningen af regionens undervisningstilbud. Kommunalbestyrelserne i regionen og regionsrådet indgår årligt en rammeaftale om faglig udvikling, styring og koordinering af regionens undervisningstilbud.

²³² Social-, Bolig- og Ældreministeriet, "Tilbudsportalen". 2023.

Regionerne driver i dag fire institutioner, der er specialiseret i forhold til børn og unge, og som i skoleåret 2022/2023 havde et elevtal på 150.

Det bemærkes, at tilbuddene efter folkeskoleloven indgår som en mindre del af institutionernes virksomhed, der også omfatter specialundervisning for voksne, særlig tilrettelagt ungdomsuddannelse (STU), botilbud til børn og voksne, efteruddannelse m.v. og landsdækkende specialrådgivning til børn og voksne efter serviceloven, herunder materiale-produktion.

Specialundervisning for voksne (kommunikationscentre)

I forbindelse med kommunalreformen overtog regionerne 20 undervisningsinstitutioner (kommunikationscentre) for voksne, der har tale-, høre- og syns-vanskeligheder. De fleste kommunikationscentre er sidenhen overført til kommunerne, men regionerne driver fortsat fire kommunikationscentre, der også varetager andre opgaver end specialundervisning for voksne. Der er ud over kommunikationscentre andre regionale institutioner, der har tilbud efter lov om specialundervisning for voksne.

Det påhviler regionerne at drive undervisningsinstitutionerne, og de har ansvar for at tilpasse kapaciteten på og sammensætningen af regionens undervisningstilbud.

På kommunikationscentrene kan borgere med tale-, høre- og synsvanskeligheder modtage kompenserende specialundervisning og rådgivning, herunder om relevante hjælpemidler.

Regionsrådet kan endvidere efter aftale med en kommunalbestyrelse varetage kommunale driftsopgaver inden voksenspecialundervisning, der har en naturlig tilknytning til regionens opgaver, og hvor regionen derfor har særlige kompetencer i forhold til opgavevaretagelsen.

Partistøtte, valgbestyrelse m.v.

Regionerne udbetaler den regionale partistøtte og er ansvarlige for reglerne om åbenhed om privat partistøtte til regionale kandidatlistor, kandidater, partiernes kredsorganisationer og folketingskandidater. Regionerne er også ansvarlige for en række opgaver i forbindelse med afholdelse af regionsrådsvalg.

Særlige forhold om Bornholms Regionskommune

Bornholms Regionskommune er en del af Region Hovedstaden, men har i dag særlig hjemmel til at varetage de fleste af regionernes opgaver ud over sundhed. Det betyder bl.a., at Bornholms Regionskommune varetager opgaver vedr. jordforurening, råstofudvinding, ungdomsuddannelse og de regionale udviklings-tilskud på ungdomsuddannelsesområdet. Bornholms Regionskommune deltager ikke i et trafikelskab, men varetager på Bornholm de opgaver, der efter loven påhviler trafikelskaberne.

Økonomi

I de årlige økonomiaftaler mellem regeringen og regionerne fastsættes rammen for regionernes netto-driftsudgifter til regional udvikling med dertil hørende bloktilskudsfinansiering.

Der afsættes ikke ramme til drift af institutioner og tilbud på det specialiserede socialområde og specialundervisningsområdet, da området finansieres gennem betaling fra kommunerne i form af dels takstfinansiering og dels objektiv finansiering.

En opgørelse af regionernes bruttodriftsudgifter til øvrige opgaver indikerer, hvor stort et volumen deres opgaveområder udgør, uanset hvorledes det er finansieret. I 2023 udgjorde disse samlet godt 9,2 mia. kr., jf. tabel 9.1. Heraf er 5,5 mia. kr. knyttet til drift og udvikling af sociale tilbud og specialundervisning, mens 2,5 mia. kr. kan henføres til kollektiv trafik.

Tabel 9.1

Regionernes bruttodriftsudgifter til øvrige opgaveområder 2023 (mio. kr.)

	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syddanmark	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Hele landet
Sociale tilbud og specialundervisning						
Sociale tilbud, specialundervisning og rådgivning	1.062	1.056	801	1.435	778	5.131
Almene ældreboliger	-	2	-	-	-	2
Administration	49	38	51	81	44	262
Øvrige omkostninger og indtægter	-	-	4	-	-	4
Andel af fælles formål og adm.omk.	19	43	21	25	1	106
I alt	1.130	1.140	876	1.540	820	5.506
Regional udvikling						
Tilskud til trafikkselskaber	666	492	278	751	314	2.501
Tilskud til kulturelle aktiviteter	1	3	8	15	6	33
Uddannelse	20	10	23	26	8	87
Jordforurening	174	45	102	57	32	410
Råstoffer	10	4	3	3	3	23
Administration	111	50	39	85	44	329
Øvrige omkostninger og indtægter	34	34	39	34	52	193
Andel af fælles formål og adm.omk.	18	27	40	19	5	109
I alt	1.034	665	533	989	465	3.685
Sociale tilbud og specialundervisning og regional udvikling i alt	2.164	1.804	1.409	2.529	1.285	9.191

Kilde: Danmarks Statistik (REGR31, 1 Driftskonti, Udgifter excl. beregnede omkostninger, løbende priser) og egne beregninger.

Kapitel 10: Private sundhedsforsikringer

Den store stigning i antallet af sundhedsforsikrede har givet Sundhedsstrukturkommissionen anledninger til at overveje, om udviklingen har negative konsekvenser på den samlede sundhedsfaglige kapacitet og konsekvenser for ulighed i adgangen til sundhed.

I kapitel 10 beskrives brugen og udviklingen af private sundhedsforsikringer og eksisterende viden om, hvordan private sundhedsforsikringer kan påvirke det offentlige sundhedsvæsen, bl.a. det almenmedicinske tilbud.

Forskellige typer af sundhedsforsikringer

Kapitlet skelner mellem private sundhedsforsikringer tegnet gennem arbejdsgiver eller pensionskasse – de såkaldte arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer – og individuelt tegnede ordninger gennem Sygeforsikringen "danmark". De to typer af sundhedsforsikringer adskiller sig bl.a. ved deres dækningsområde, deres optagelsesbetingelser og hvornår forsikringen udløber, om forsikringspræmien beskattes hos de pågældende forsikrede og ejerforholdene ved forsikringsudbyderne. I det følgende beskrives de to typer af sundhedsforsikringer hver for sig.

Dertil kommer, at der indenfor arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer skelnes mellem egentlige sundhedsforsikringer og sundhedsordninger, hvor sidstnævnte ofte har en mere forebyggende sundhedstilgang, enten i form af tilbud om fysiske- eller psykiske behandlinger og ikke indeholder operationsdækning. I kapitlet bruges betegnelsen sundhedsforsikringer om både sundhedsordninger og sundhedsforsikringer.

Flere danskere er dækket af en privat sundhedsforsikring

Næsten 2,7 mio. danskere er i dag dækket af en privat sundhedsforsikring gennem deres arbejdsgiver eller pensionskasse. Det er en markant udvikling fra et niveau på omkring 230.000 danskere i 2003. Alene i 2022 steg antallet med næsten 400.000.

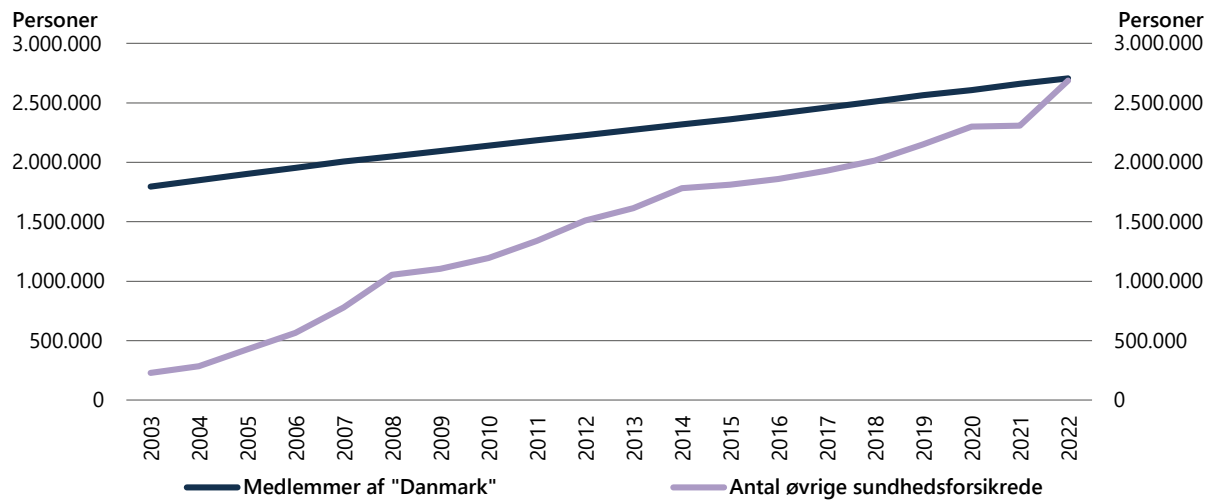
I dag er næsten alle privatansatte dækket af en arbejdsgiverbetalt sundhedsforsikring, mens en række offentligt ansatte også har fået adgang til en sundhedsordning, der giver adgang til vederlagsfri ydelser som fysioterapi, kiropraktik og stresshåndtering. Der findes ikke tal for fordelingen af private og offentlige arbejdsgiversbetalte forsikringer. Til reference var den samlede lønmodtagerbeskæftigelse i 2023 omkring 3 mio. personer, hvoraf knap 0,9 mio. personer var offentligt ansatte og 2,1 mio. personer var privatansatte. I 2021 fik omkring 50.000 statsansatte fx adgang til en sundhedsordning gennem deres pensionsordning i Sampension.

Ca. 2,7 mio. er medlem af Sygeforsikringen "danmark", inklusive passive medlemmer, jf. figur 10.1. Selskabet har haft et støt stigende antal medlemmer og er vokset med omkring 40.000 til 50.000 medlemmer om året siden 2003.

En andel af de forsikrede anslås at være dobbeltforsikrede, dvs. både dækket af en arbejdsgiverbetalt sundhedsforsikring og medlem af 'danmark'. Den præcise andel kendes ikke i dag, men en undersøgelse fra 2009 indikerer, at mindst 20 pct. er dobbeltforsikrede.²³³ Det kan bl.a. skyldes, at de arbejdsgiverbetalte forsikringer ophører, når man forlader arbejdsmarkedet, medens medlemskab af 'danmark' varer så længe som præmien betales.

233 Kiil, Astrid, og Kjeld Møller Pedersen. "The Danish Survey on Voluntary Health Insurance 2009". DaCHE discussion papers 2009:3, University of Southern Denmark, Dache - Danish Centre for Health Economics, 2009.

Figur 10.1
Antallet af sundhedsforsikrede, 2003-2022



Kilde: Forsikring og Pension, Sygesikringen 'danmark'

Væksten i de arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringsordninger blev oprindeligt tilskrevet, at arbejdsgivere i perioden 2002-2012 kunne vælge at tilbyde en sundhedsforsikring uden at præmien var skattepligtig. I dag er der kun skattefrihed for arbejdsgiverbetalte forsikringer, der udelukkende dækker behandling af medarbejderens misbrug af medicin, alkohol, andre rusmidler og rygeafvænning eller ordninger, der udelukkende dækker behandling eller forebyggelse af arbejdsbetingede skader og sygdomme.²³⁴ Som det fremgår af figur 1.10, er antallet af forsikrede imidlertid ikke faldet efter afskaffelsen af skattefritagelsen, tværtimod er det sket en fortsat stigning i antal forsikrede.

Mulige forklaringer på den fortsatte udvikling er en stigende beskæftigelse i perioden, at sundhedsforsikringer i højere grad er blevet gjort tilgængelige, fx gennem arbejdsmarkedspensionsordningerne, og forventninger fra medarbejderne. Det er derfor formentlig en arbejdsmarkedsbestemt udvikling, som ikke alene er et udtryk for en egentlig stigende efterspørgsel i befolkningen efter forsikringernes ydelser.

Sygeforsikringen "danmark"

Sygeforsikringen "danmark" ejes af medlemmerne og er det største sygeforsikringsselskab i Danmark. Forsikringsselskabet voksede ud af fortsættelsesygekasserne, som blev nedlagt i 1973 sammen med de almindelige sygekasser. Forbindelsen til sygekasserene ses bl.a. af, at "danmark" også yder tilskud til begravelseshjælp. Selskabet udbetalte i 2022 over 3,5 mia. kr. i tilskud til medlemmerne. Sygesikringen "danmark" har 350 forskellige tilskud.

Offentlig tilgængelige informationer om "danmarks" medlemmer og erstatninger er ikke så omfattende som for de arbejdsgiverbetalte forsikringer. Fx er der ikke tilgængelige oplysninger om antal personer, der modtager de forskellige tilskud.

234 PwC, "Arbejdsgiverbetalt sundhedsforsikring og sundhedsordninger", PwC, 2023.

Betingelser for medlemskab

Medlemskab af "danmark" forudsætter, at en række betingelser er opfyldt, bl.a. at ansøger er under 60 år, rask og ikke har haft forbrug af medicin eller gjort brug af fysioterapeuter, kiropraktorer, psykolog eller andre behandlere indenfor de seneste 12 måneder. Børn op til 16 år er medforsikrede forudsat, at de opfylder helbreds-betingelserne.

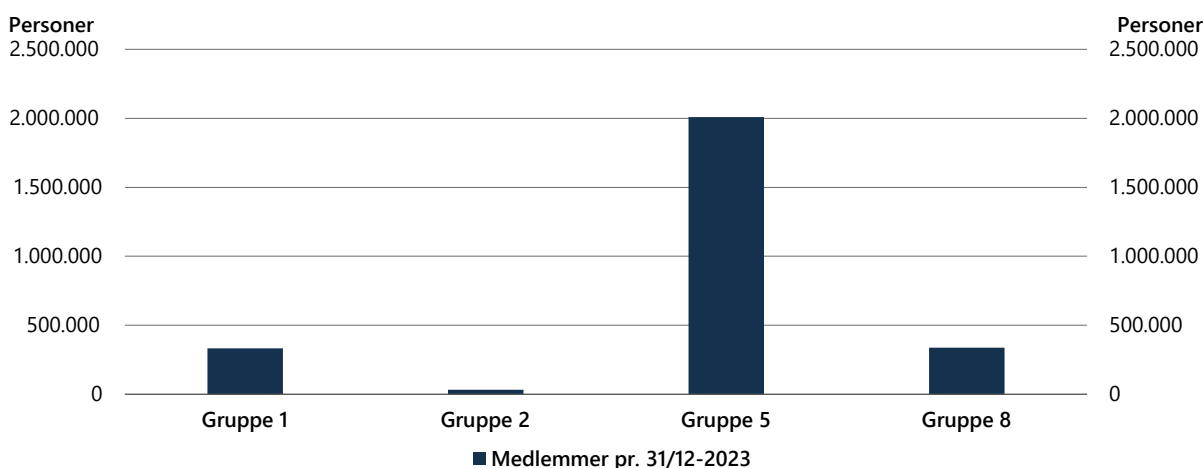
Dækningsområde

Sygeforsikring "danmark" kan som udgangspunkt ses som en brugerbetalingsforsikring, fordi forsikringen især fokuserer på at erstatte brugerbetaling på relevante områder. Der gives dermed tilskud til tandlæge, medicin, optiker, læge, fysioterapi, kiropraktor, fodterapi, zoneterapi og akupunktur, hvoraf tilskud til medicin og tandlæge står for størstedelen af erstatningsudgifterne. I en spørgeskemaundersøgelse fra 2009 angiver omkring 60 pct., at den væsentligste grund til at være medlem af Sygeforsikringen "danmark" er brugerbetaling i det offentlige sundhedsvæsen. Derimod angiver mindre end 5 pct. utilfredshed med det offentlige sundhedsvæsen samt ventetider i det offentlige sundhedsvæsen, som den væsentligste grund.²³⁵

Der er fire medlemsgrupper i "danmark". Den største medlemsgruppe er nr. 5, som alene giver tilskud til fysioterapi, psykolog, tandbehandling og medicin m.v. Der kan her tilkøbes operationsdækning. Gruppe 1 og 2 har den mest omfattende dækning, som udover tilskud til fysioterapi, psykolog og medicin m.v. også giver tilskud til operationer, læge og speciallæge. 17 pct. af medlemmerne har operationsdækning. Operationsdækningen giver ret til tilskud til operationer udført på privathospitaler, fx hoftelandskiftning. Der ydes et tilskud på op til 85 pct. af patientens samlede udgifter for operationen. Herudover findes en gruppe 8, hvilende medlemskab, som optager medlemmer, der opfylder betingelserne for medlemskab, men som ikke giver tilskud. Medlemskab i gruppe 8 giver alene mulighed for senere at rykke op i én af de øvrige 3 grupper. Forsikringspræmierne i gruppe 1, 2, 5 og 8 er henholdsvis 3.600 kr., 4.350 kr., 1.600 kr. og 400 kr. pr. år.

Figur 10.2

Antal medlemmer af Sygeforsikringen "danmark" pr. medlemsgruppe, 2023



Kilde: Sygeforsikringen 'danmark'.

Anm.: Gruppe 8 er passive medlemmer.

235 Kiil, Astrid, og Kjeld Møller Pedersen. "The Danish Survey on Voluntary Health Insurance 2009". DaCHE discussion papers 2009:3, University of Southern Denmark, Dache - Danish Centre for Health Economics, 2009.

Det er værd at bemærke, at det ikke har været muligt at trække data på, hvor mange medlemmer der bruger Sygeforsikringen "danmark". Et studie finder dog, at omkring 90 pct. af medlemmerne har gjort brug af Sygeforsikringen "danmark" indenfor de seneste 12 måneder.²³⁶

Arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer

De arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikrings primære formål er, ifølge brancheforeningen for danske forsikrings- og pensionselskaber, Forsikring og Pension, at erhvervsaktive kan bevare sin arbejdsmarkeds-tilknytning ved, at sundhedsproblemer tages i opløbet, så de ikke udvikler sig til egentlig sygdom, der kræver behandling i det offentlige sundhedsvæsen.

Arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer udbydes af kommercielle forsikrings- og pensionselskaber. Der er for nuværende 11 større danske udbydere: Dansk Sundhedsforsikring, Tryg, Danica Pension, AP Pension, PensionDanmark, If, Topdanmark, PFA, Codan, Gjensidige og Pensam, hvor Dansk Sundhedsforsikring er det største selskab med over 549.000 medlemmer. Forsikrings- og pensionselskaberne benytter sig i flere tilfælde af sundhedsleverandører, fx Falck og Teladoc, som står for de forsikringsdækkede behandlinger.

Betingelser for medlemskab

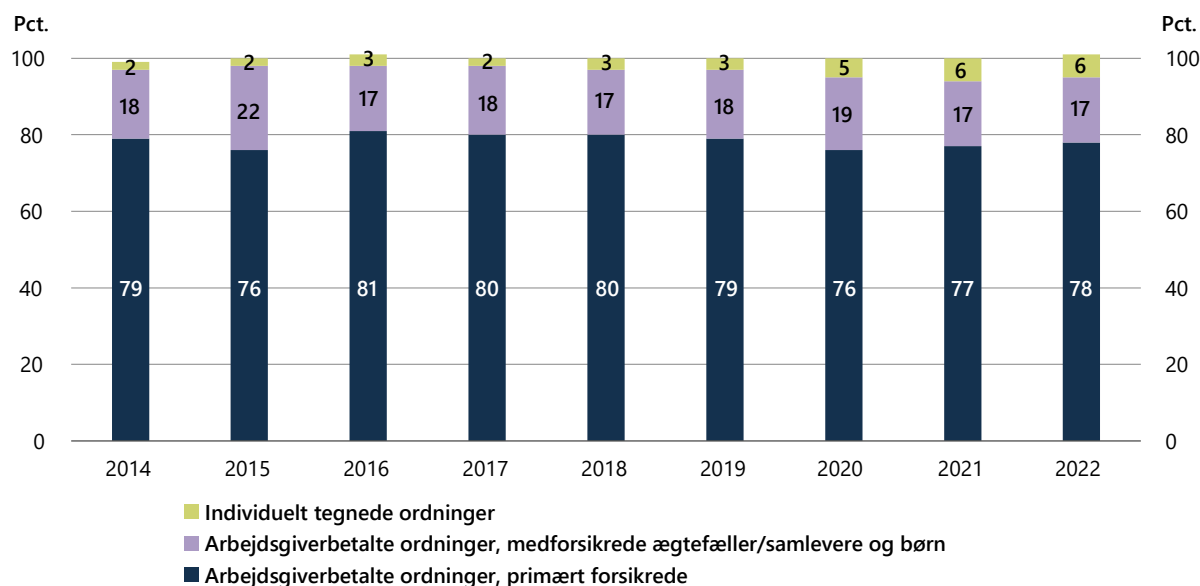
Der er som udgangspunkt ingen helhedsbetingelser for arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer, fordi de tegnes for alle medarbejdere på arbejdspladsen. Forsikringen er knyttet op på den enkelte ansættelse, som betyder, at forsikringen i de fleste tilfælde ophører, når medarbejderen forlader virksomheden eller går på pension.

Med en arbejdsgiverbetalt sundhedsforsikring er det ofte muligt at tilmelde ægtefælle/samlever og børn til en lavere pris. I 2022 udgjorde 17 pct. af alle arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer medforsikrede ægtefæller og/eller børn, svarende til over 450.000 medforsikrede ægtefæller og/eller børn, jf. figur 10.3. Præmien for de arbejdsgiverbetalte forsikringer ligger på omkring kr. 3.300 pr. år, men varierer fra selskab til selskab.

Forsikringselskaberne udbyder samtidig privatforsikringer, som kan tegnes af enkeltpersoner. Individuelt tegnede forsikringsordninger udgør blot en lille andel (6 pct. i 2022) af markedet, jf. figur 10.2. Der ses dog en svag stigning i andelen af individuelt tegnede forsikringsordninger i de seneste år. Betingelserne for medlemskab varierer afhængigt af den enkelte forsikring. For de fleste gælder dog et alderskriterie på maksimalt 60 år og visse helbreds-betingelser. Dertil kommer, at forsikringerne ofte udløber, når den forsikrede er mellem 65 og 70 år, hvor patienternes behov for sundhedsydelse forventelig vil være størst.

236 Kiil, Astrid, og Kjeld Møller Pedersen. "The Danish Survey on Voluntary Health Insurance 2009". DaCHE discussion papers 2009:3, University of Southern Denmark, Dache - Danish Centre for Health Economics, 2009.

Figur 10.3
Fordeling af antal forsikringsordninger på forsikringstager



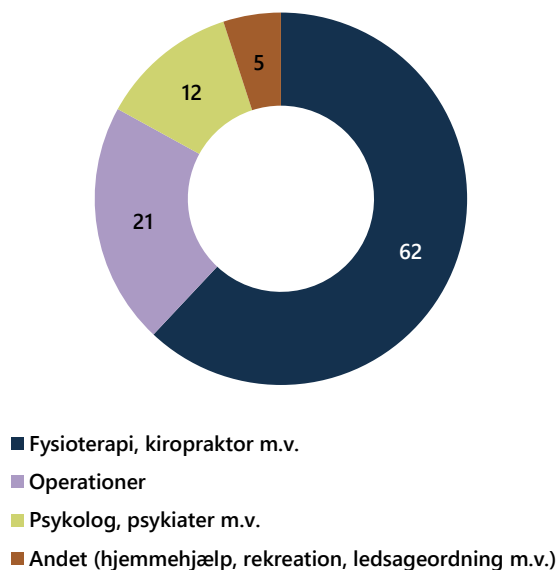
Kilde: Forsikring & Pension.

Dækningsområde

De arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer dækker over en række forskellige ydelser. Dog er psykolog-hjælp og fysisk behandling inkluderet i alle forsikringsordningerne, uagtet forsikringsselskab og forsikringstype. I 2022 havde i alt 746.900 personer anvendt deres arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikring. Figur 10.4 viser fordelingen på dækningsområder. Størstedelen af de forsikrede anvender sundhedsforsikringen til fysioterapi, kiropraktik og lignende, hvor der i det offentlige sundhedsvæsen indgår brugerbetaling. Der kan dermed drages paralleller til Sygeforsikring "danmark". Forsikring og Pension peger også på, at sundhedsforsikringerne hovedsageligt dækker områder, hvor der er egenbetaling på sundhedsområdet.²³⁷

²³⁷ Forsikring og Pension, "Sundhedsforsikringerne finansierer hovedsageligt, hvor der er egenbetaling på sundhedsområdet", Forsikring og Pension, 2023.

Figur 10.4

Antal personer, som har anvendt forsikringen, fordelt på områder (pct.)

Kilde: Forsikring og Pension.

Operation, genoptræning og "second opinion"

I 2022 indeholdt 79 pct. af de arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer operationsdækning, hvor 114.100 personer, svarende til 4 pct. af alle de forsikrede, gjorde brug af deres forsikring til operation på et privat-hospital.²³⁸ Det kan ses i relation til de samlede antal offentligt finansierede operationer, som der i 2022 blev foretaget 1,2 mio. af i Danmark.²³⁹

Operationsdækning dækker typisk udgifter til elektiv (planlagt) kirurgi og behandling på privathospitaler og undersøgelse, udredning og efterbehandling efter endt operation. Akut hospitalsbehandling er ikke dækket af forsikringen. Dækkede operationstyper varierer hos de forskellige udbydere. Dog tilbyder de fleste ambulante operationer, mens enkelte også tilbyder behandling og operation af fx kræft. PFA, der er en af de største udbydere af private sundhedsforsikringer, oplyser at knæoperationsdækning udgør en fjerdedel af alle PFA-betalte operationer.²⁴⁰

Alle forsikringsordninger, med undtagelse af en enkelt, tilbyder også genoptræningsforløb efter behandling eller operation svarende til, hvad der også gælder i det offentlige sundhedsvæsen. Desuden tilbyder nogle udbydere særskilte genoptræningsforløb. Herudover tilbyder størstedelen af forsikringsordningerne også ydelsen "second opinion", som giver mulighed for en revurdering eller diagnose ved en speciallæge efter allerede stillet diagnose eller behandlingstilbud i det offentlige. Det kan fx være, hvis den forsikrede står over for en beslutning om at modtage en særlig risikofyldt behandling. Det er op til de forskellige udbydere at vurdere, om den forsikrede kan få dækket en "second opinion".

Fysisk behandling (fysioterapi, kiropraktor m.v.)

Alle forsikringer tilbyder vederlagsfri behandling i form af fysioterapi, kiropraktor m.v., som er det hyppigst anvendte formål med sundhedsforsikringer i dag. Ifølge Forsikring og Pension modtog 338.700 forsikringspatienter en fysisk behandling i 2022, svarende til 62 pct. af alle behandlede forsikringspatienter.²⁴¹ Største-

238 Forsikring og Pension, "Sundhedsforsikringer for 2003-2022", 2023.

239 Danske Regioner, "Redegørelse for afvikling af efterslæb – september 2023", Danske Regioner, 2023.

240 Rasmussen, Lars Igum. "Efter to operationer trænede 27-årige Kasper Voldum sine smerter væk". Politiken, 2024.

241 Forsikring og Pension, "Forsikrings- og pensionsbranchens bidrag til danskernes sundhed", 2023.

delen af forsikringerne tilbyder også alternative behandlingsformer: fx i form af akupunktur og zoneterapi. Flere af de private forsikringsordninger har online muligheder indenfor fysioterapi eller adgang til øvelsesvideoer.

Som forsikringspatient får man typisk bevilget behandling indenfor nogle fastsatte rammer, bl.a. antal behandlinger, om der kræves lægehenvi sning og angivelse af periode. Nogle selskaber tilbyder frit behandlervalg, uden der er indgået en særskilt aftale med den enkelte klinik. Andre selskaber forudsætter, at der etableres en aftale mellem klinikken og selskaber, før patienterne kan få rette behandling.²⁴²

Psykolog og psykiatri

Alle private forsikringsordninger tilbyder psykologisk hjælp. De fleste tilbyder behandling med lægehenvi sning, mens en enkelt forsikringsordning ikke stiller krav om lægehenvi sning. Ud af de 11 private forsikringsordninger tilbyder otte af dem også behandling gennem en psykiater. I 2022 havde 66.500 personer kontakt med en psykolog, psykiater m.v. gennem deres forsikringsselskab, svarende til 12 pct. af de behandlede forsikringspatienter.²⁴³ De fleste opsøger en psykolog gennem sundhedsforsikringen for at få hjælp til at håndtere alvorlige livssituationer, bl.a. stress, angst, depression, søvnproblemer, skilsmisse, belastninger på arbejdet, fx samarbejdsproblemer eller mobning, og kritiske hændelser, såsom ulykker eller overfald. Det er forsikringsbetingelserne, der afgør, hvor mange psykologtimer man kan få tildelt gennem sin forsikringsordning, og om der er frit valg eller adgang til et bestemt netværk af psykologer.²⁴⁴

Det offentlige yder tilskud til psykologhjælp indenfor specifikke belastningsområder, hvoraf tilskuddet udgør 60 pct. af psykologens honorar, mens unge mellem 18 og 24 år kan få gratis psykologbehandling for angst eller depression. Psykologhjælpen i det offentlige sundhedsvæsen er et tilbud til udsatte persongrupper, og derfor er bl.a. stress og andre forebyggende tiltag ikke en del af den offentlige ordning. Størstedelen af de private forsikringsordninger tilbyder derimod forebyggende tiltag, der kan gøres brug af inden en stresssygemelding. Ydelserne tilbydes i form af blandt andet telefonisk psykologisk rådgivning, stresslinjer, sundhedstests m.v. Derudover tilbyder fire af forsikringsordningerne akut krisehjælp.

Forsikringsdækkede sundhedsindsatser for børn og unge under 18 år

Børn kan være dækket af deres forældres sundhedsforsikring og kan dermed modtage sundhedsydelser gennem forsikringen. Dertil kommer, at forsikrede i "danmark" alle har børnedækning indtil barnet fylder 16 år.

34.000 børn modtog i 2022 en indsats gennem en privat sundhedsforsikring. Knap halvdelen af forsikringsselskabernes udgifter til børn og unge under 18 år gik i 2022 til psykolog, psykiater eller lignede, svarende til ca. 7.500 børn. Knap 60 pct. af udgifterne gik til en psykiater.²⁴⁵ I Topdanmark steg mængden af anmeldelser fx 29 pct. fra 2021 til 2022, og der er i PFA sket en tredobling på tre år.

Misbrug

Ni ud af de 11 forsikringsordninger tilbyder en form for misbrugsbehandling, enten som forløb, afvænnings eller samtaler. Det inkluderer for de fleste både alkohol, ludomani, rusmidler, medicin m.v.

Digitale tilbud

Alle forsikringsordninger har forskellige online tilbud, både i form af online lægehjælp i ydretimerne og weekenderne, online psykologhjælp, stresslinjer eller online fysioterapi. Online konsultationer hos psykologer, læger og fysioterapeuter stiger generelt i popularitet hos danskerne. Fx er Dansk Sundhedsforsikrings tilkøb af adgang til den online lægehjælpstjeneste "Hejdoktor" vokset med 46 pct. siden januar 2022.²⁴⁶

242 Danske Fysioterapeuter, "FAQ om sundhedsforsikringer", Danske Fysioterapeuter, u.å.

243 Forsikring og Pension, "Forsikrings- og pensionsbranchens bidrag til danskernes sundhed", 2023.

244 Dansk Psykolog Forening, "Til psykolog gennem din sundhedsforsikring", Dansk Psykolog Forening, u.å.

245 Forsikring og Pension, "Forsikrings- og pensionsbranchens bidrag til danskernes sundhed", 2023.

246 Dansk Sundhedsforsikring A/S, "Flere og flere danskere vil have online lægehjælp via forsikringen", Via Ritzau, 2023.

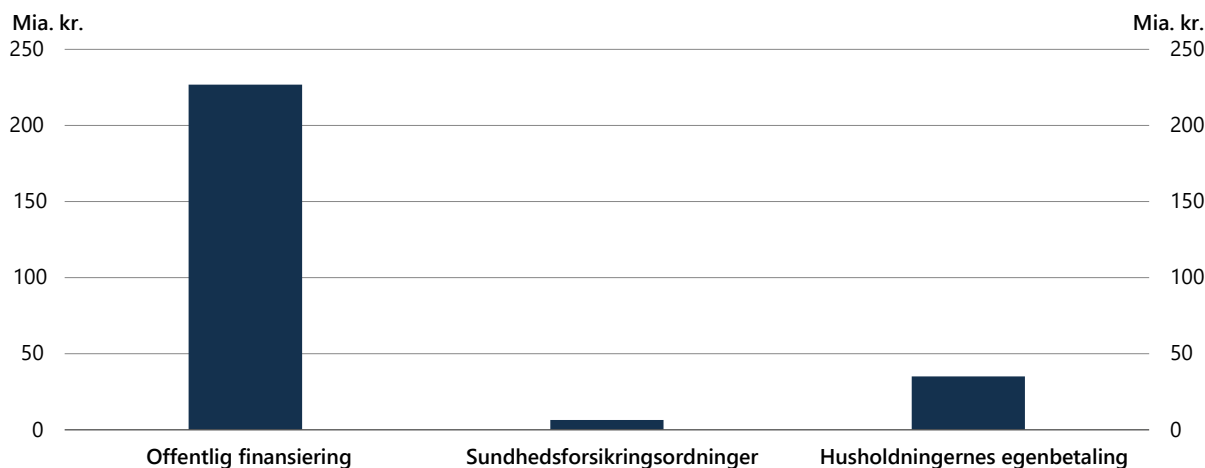
Et af selskaberne henviser desuden til siden "mentalsundhed.dk", som er en side, der hjælper medarbejdere og ledere med at håndtere pres, stress, angst m.v. for at forebygge sygemeldinger. Nogle af de digitale tilbud, fx "Hejdoktor", er selvstændige virksomheder med specialister ansat, mens andre digitale tilbud er en del af forsikringsselskabet, hvor selskabet har ansat egne specialister i form af psykologer, læger m.v. Ydermere ses der hos flere af forsikringsselskaberne telefoniske vejledning til at hjælpe medlemmerne med at navigere i det offentlige sundhedssystem.

Sundhedsforsikringer udgør en mindre del af de samlede udgifter

De samlede sundhedsudgifter i Danmark (inklusive plejeaktiviteter) udgjorde 266 mia. kr. i 2022. Heraf var 85 pct. af udgifterne offentligt finansieret, mens husholdningernes egenbetaling udgjorde 13 pct. De resterende 2 pct. (6 mia. kr.) af sundhedsudgifterne finansieres af sundhedsforsikringer, inklusive arbejdsgiverbetalte forsikringer og Sygeforsikringen "danmark", jf. figur 10.5.

Figur 10.5

Samlede udgifter til sundhed opdelt på finansieringskilde, 2022



Kilde: Danmarks Statistik, SHA1

Anm.: Sundhedsudgifterne omfatter hospitaler, inkl. privathospitaler, praktiserende læger og speciallæger og fysioterapi, kiropraktik, psykologbehandling, rehabilitering, plejeaktiviteter, sundhedsfremme og forebyggelse, og medicinudgifter, bl.a. tilskud til receptpligtig medicin og tilskud, fx til tandlæger.

Sundhedsforsikringer dækker i dag især udgifter på områder med egenbetaling på sundhedsydelserne. Det er områder, som fx almindelig fysioterapi, kiropraktik og psykolog, tandlægebehandling og udgifter til medicin. Omvendt udgør forsikringsbetalte hospitalsbehandlinger en mindre andel af de samlede forsikringsudgifter (knap 17 pct.) jf. tabel 10.1.

Tabel 10.1
Udgifter fordelt på aktører, mio. kr. (pl-2022)

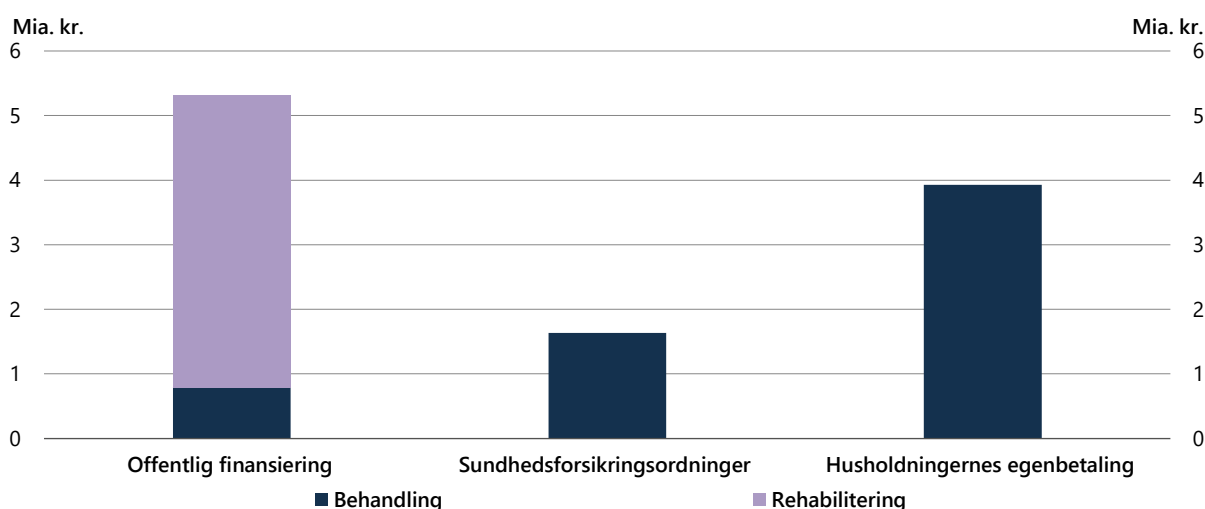
	2010	2015	2022*	Ændring 2010-2022	%-ændring 2010-2022
(Privat) Hospitaler	976	1046	1007	31	3
Almenmedicinske tilbud	91	84	157	66	72
Andre speciallæger	23	72	78	55	234
Tandlægepraksis	1.021	1.314	1.549	528	52
Sundhedsklinikker (fysioterapi, psykolog m.v.)	712	1.067	1.459	747	105
Aktører på hjemmeplejeområdet	111	134	105	-6	-5
Apoteker	1.228	1.320	1.391	163	13
Aktører indenfor sundhedsfremme	160	157	115	-45	-28
Administration af sundhedsforsikringer	227	202	213	-14	-6
Sundhedsforsikringer i alt	4.550	5.396	6.074	1.524	34
Memo: Offentlig finansiering i alt	189.275	198.834	225.268	35.993	19

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

*Anm: For 2022 forventes der stadigvæk at være rester af merudgifter relateret til covid-19.

Sundhedsforsikringernes andel af udgifterne til sundhedsklinikker (praktiserende fysioterapi, kiropraktik og psykolog) er relativt høje i forhold til den offentlige finansiering. Sundhedsforsikringerne finansierer godt 15 pct., svarende til 1,6 mia. kr. i 2022, mens den offentlige finansiering er 5,4 mia. kr. og dækker 50 pct. af udgifterne i 2022, jf. figur 10.6. Ses der alene på udgifterne til behandling, så overstiger sundhedsforsikringernes udgifter den offentlige finansiering på grund af den forholdsmæssige store egenbetaling på området.

Figur 10.6
Sundhedsudgifter ved fysioterapeut, kiropraktor, psykolog m.v., 2022

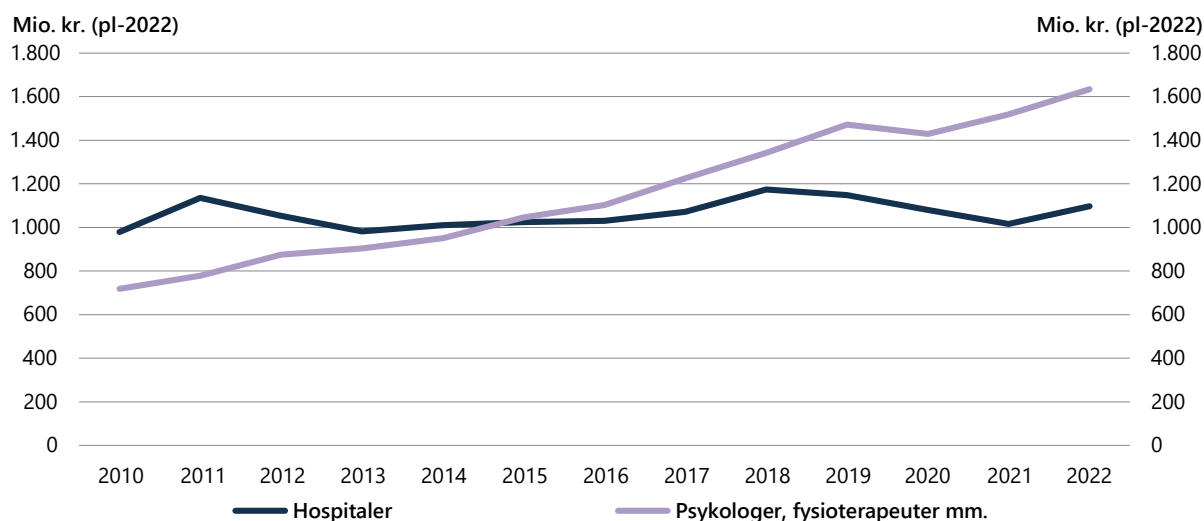


Kilde: Danmarks Statistik, SHA1

Sundhedsforsikringernes udgifter til sundhedsklinikker (fysioterapi, kiropraktik m.v.) er steget betydeligt siden 2010, mens udgifterne til operationer har været relativt konstante i perioden, jf. figur 10.7. I samme periode er antallet af forsikrede steget betragteligt. Der er dermed samlet tale om et fald i udgifterne til operationer pr. forsikrede. Æn af forklaringer kan være det udvidede frie sygehusvalg, der efter 30 (aktuelt 60) dage ventetid på offentligt sygehus giver ret til offentligt betalt operationer på privathospitaler.

Figur 10.7

Sundhedsforsikringsudgifter til operationer og psykologer, fysioterapi m.v.



Anm: Faste priser.

Kilde: Danmarks Statistik, SHA1

Samspelet mellem sundhedsforsikringer og det offentlige sundhedsvæsen

Trods det store antal sundhedsforsikrede er der sparsom viden om samspelet med det offentlige sundhedsvæsen. Følgende afsnit fokuserer på fire hovedspørgsmål:

1. Hvordan påvirker sundhedsforsikringer aktiviteten i det almenmedicinske tilbud?
2. Kan sundhedsforsikringer bruges til at komme hurtigere i behandling?
3. Aflaster sundhedsforsikringer de offentlige sygehuse?
4. Trækker sundhedsforsikringer arbejdskraft ud af det offentlige sundhedsvæsen?

Hvordan påvirker sundhedsforsikringer aktiviteten i det almenmedicinske tilbud?

Der er på nuværende tidspunkt begrænset viden om, hvordan private sundhedsforsikringer påvirker aktiviteten i det almenmedicinske tilbud, bl.a. om den stigende udbredelse leder til et øget pres på almenmedicinske tilbud. Et tilskud eller 100 pct. dækning af brugerbetaling betyder, at forbrugeren oplever en

lavere pris. Det kan teoretisk set medføre en øget efterspurgt mængde af ydelser. Kiil og Arendt (2017) finder bl.a., at medlemskab af Sygesikringen "danmark" øger sandsynligheden for at modtage receptpligtig medicin, tandlægebehandling og kiropraktik.²⁴⁷

De almen praktiserende læger fungerer som gatekeepers for sundhedsforsikringerne i den forstand, at lægerne skal henvise til nogle af de ydelser, som forsikringerne også dækker, og hvor konsultationshonoraret dækkes af den offentlige sygesikring. Der kan derfor forventes et øget pres på det almenmedicinske tilbud som følge af en stigning i efterspørgslen efter henvisninger, fx til fysioterapi og kiropraktik og receptpligtig medicin. Det er dog langt fra alle ydelser, hvor forsikringsselskaberne stiller krav om lægeerklæring. Et nyligt studie finder også, at henvisninger med afsæt i sundhedsforsikringer alene udgør 1,5 pct. af den praktiserende læges henvisninger.²⁴⁸ Derudover finder et studie fra 2021, at praktiserende læger i Region Syddanmark brug af defensiv medicin, det vil sige en handling, der strider imod lægens faglighed, men foretages på grund af krav og pres, kun i 1% af tilfældene skyldes sundhedsforsikringer.²⁴⁹

Lægeforeningen og Forsikring og Pension indgik en aftale om retningslinjer for indhentning af attester og helhedsoplysninger med virkning fra november 2020.²⁵⁰ Aftalen regulerer forholdet mellem den alment praktiserende læge og forsikringsselskabet i de tilfælde, hvor den praktiserende læge udleverer helbredsoplysninger og erklæringer til forsikringsselskabet. Det gælder fx i forbindelse med lægelig vurdering af undersøgelses- og behandlingsbehov, som ligger udenfor aftalen med sygesikringen, og hvor patienten selv skal betale for en henvisning, fx til en psykolog i forbindelse med stress eller en belastningsreaktion. I de tilfælde vil den praktiserende læge modtage et særskilt honorar for udstedelse af en sundhedsforsikringsattest, som betales af forsikringsselskabet. Lægen honoreres kun, hvis forsikringsselskabet har bedt om, at attesten skal udfyldes. Hvis lægen er tvivl om, hvorvidt forsikringsselskabet vil betale for udfærdigelse af attesten, må lægen opkræve honoraret fra patienten. Aftalen mellem Lægeforeningen og Forsikring og Pension er dog ikke bindende for Lægeforeningens og Forsikring og Pensions medlemmer, der kan indgå individuelle aftaler udenom aftalen.

Boks 10.1

Eksempel på attestnøgle – FP 710 – Sundhedsforsikringsattest

Honorar: 716 kr. (ex. moms)

Der er indgået aftale om attester og helbredsoplysninger med Forsikring & Pension fra 1. juni 2014. Følgende vejledning er en del af aftalen: Arbejdsgang ved brug af Sundhedsforsikringsattest FP 710: Det er lægen, der vurderer, om der er lægelig indikation for, at en patient bør have udstedt en lægehenvi- sning. Det gælder uanset, om patienten har en sundhedsforsikring eller ej. Hvis lægen vurderer, at der er indikation for at henvise til et offentligt behandlingstilbud, udstedes henvisningen – uanset om patienten ønsker at bruge den i det offentlige system eller til brug i en sundhedsforsikring.

Udstedelse af en lægehenvi- sning udløser ikke særskilt honorar, men er omfattet af det almindelige konsultationshonorar. Tilkendegiver patienten under konsultationen, at en privat sundhedsforsikring ønskes bragt i anvendelse, medgives patienten en kopi af henvisningen, og der opkræves ikke særskilt honorar fra patienten. Henvender patienten sig efter konsultationen og efter udstedt henvisning og oplyser, at han vil bruge sin private sundhedsforsikring udskrives henvisningen. Denne kontakt er syge- sikringen uvedkommende. Hvis der ikke er udstedt henvisning eller forsikringsselskabet ønsker yderligere dokumentation bruges Sundhedsforsikringsattest FP 710.

247 Kiil, Astrid, og Jacob Nielsen Arendt. "The Effect of Complementary Private Health Insurance on the Use of Health Care Services". *International Journal of Health Economics and Management* 17, nr. 1 (2017): 1–27.

248 Olsen, J.K., J. Lykkegaard, A. Munck, P. Ahnfelt-Møllerup, S. Nyvan Marisusen og Kjeld Møller Pedersen. "Henvisningsaudit blandt praktise- rende læger i Region Syddanmark". APO, Forskningsenheden for almen praksis, SDU, 2024.

249 Andersen, Merethe K., Elisabeth Assing Hvidt, Kjeld M. Pedersen, Jesper Lykkegaard, Frans B. Waldorff, Anders P. Munck og Line B. Pedersen. "Defensive Medicine in Danish General Practice. Types of Defensive Actions and Reasons for Practicing Defensively", 2021. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 39, nr. 4 (2021): 413–18.

250 Forsikring og Pension, "Vejledning om indhentning af helbredsoplysninger – pr. 1. november 2020", 2020.

Anvendelsen af FP 710 kan kun ske på forsikringselskabets anmodning. Honoraret betales af forsikringselskabet

Kilde: Læger.dk. FP 710 Sundhedsforsikringsattest.

Som det fremgår af boks 10.1, er det den praktiserende lægers opgave at henvise til ydelser efter nøjagtig de samme retningslinjer som almindelige sygesikringspatienter. Lægens beslutning om at udstede en henvisning må derfor ikke påvirkes af, hvorvidt patienten har en sundhedsforsikring eller ej. Hvis den alment praktiserende læge vurderer, at der er indikation for at henvise til et offentligt behandlingstilbud, udstedes henvisningen, uanset om patienten ønsker at bruge den i det offentlige system eller gennem sin sundhedsforsikring.²⁵¹ Hvis en borger under en konsultation nævner, at borgeren ønsker at gøre brug af en sundhedsforsikring og derfor ønsker en henvisning, men lægen ikke finder indikation for at lave en henvisning via sygesikringen, skal lægen fastholde vurderingen. En spørgeskemaundersøgelse fra 2017 viser dog, at næsten halvdelen af de adspurgte alment praktiserende læger (46 pct.) ofte føler sig presset til at henvise patienter med private sundhedsforsikringer, selvom der ikke var nogen lægefaglig indikation, mens 11 pct. af de adspurgte alment praktiserende læger angiver, at de henviste patienter med private sundhedsforsikringer uden nærmere spørgsmål eller undersøgelser, hvis patienten ønskede det.²⁵²

En undersøgelse fra Forsikring og Pension (2013) viser samtidig, at de sundhedsforsikrede alt andet lige henvises oftere til fysioterapi, radiologi og ortopædkirurgi end ikke-forsikrede. Forskellen i henvisnings-sandsynligheden mellem de forsikrede og ikke-forsikrede er størst for fysioterapi (17,6 pct.). Det er dog usikkert, om der er tale om en egentlig overbehandling, da det fx ikke kan udelukkes, at det øgede forbrug kan have en forebyggende effekt på længere varige sygdom eller komplikationer. En undersøgelse fra 2010 indikerer fx, at forsikrede havde mindre langvarigt sygefravær (mere end tre uger) end ikke-forsikrede, og dermed at de forsikrede kommer hurtigere tilbage på arbejde.²⁵³ Den forskningsmæssige viden om virkningerne er dog yderst begrænset.

Et andet studie ser også på det samlede antal af ydelser i det almenmedicinske tilbud mellem forsikrede og ikke-forsikrede og finder ikke, at personer med arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer belaster det almenmedicinske tilbud i nævneværdig grad.²⁵⁴ I deres studie finder de derimod, at personer med arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer ikke modtager signifikant flere ydelser i det almenmedicinske tilbud samlet set end ikke-forsikrede. Et andet studie fra 2017 finder tilsvarende blot svage indikationer for, at medlemmer af Sygeforsikringen "danmark" alt andet lige i højere grad kontakter den alment praktiserende læge og modtager fysioterapeutisk behandling.²⁵⁵ Begge studier er dog gennemført på et tidspunkt, hvor fysioterapi m.v. ikke havde samme høje anvendelsesgrad i sundhedsforsikringerne som i dag.

Kan sundhedsforsikringer anvendes til at komme hurtigere i behandling?

Stigningen i antallet af sundhedsforsikringer kan give anledning til betragtninger om, hvorvidt forsikringspatienter anvender forsikringerne til at undgå offentlige ventelister og kommer hurtigere i behandling i den private sektor. Hvorvidt det er tilfældet afhænger af, om forsikringspatienten går via det offentlige sundhedsvæsen eller ej.

251 Lægeforeningen, "FP 710 Sundhedsforsikringsattest", Læger.dk, 2024.

252 Andersen, Merethe Kirstine, Line Bjørnskov Pedersen, Michael Dupont, Kjeld Møller Pedersen, Anders P. Munck og Jørgen Nexøe. "Praktiserende lægers oplevelser med private sundhedsforsikringer". SDU, 2017.

253 Stephansen, Christina Gordon, og Vibeke Borchsenius. "Sundhedsforsikrings effekt på sygefraværet og samfundsøkonomien". Forsikring og Pension, 2012.

254 Rikke Søgaard, Morten Saaby Pedersen, og Mickael Bech, "To What Extent Does Employer-Paid Health Insurance Reduce the Use of Public Hospitals?", *Health Policy* 113, nr. 1-2 (2013): 61-68.

255 Kiil, Astrid, og Jacob Nielsen Arendt. "The Effect of Complementary Private Health Insurance on the Use of Health Care Services". *International Journal of Health Economics and Management* 17, nr. 1 (2017): 1-27.

Adgang til operationer

Forsikringspatienter, der får foretaget operationer, undersøgelser og lignende på privathospital, undgår de offentlige ventelister, da det foretages afkoblet fra det offentlige sygehusvæsen. Det er dog værd at bemærke, at ikke-forsikrede gennem det udvidede frie sygehusvalg også får adgang til behandling på privathospitaler, hvis de offentlige sygehuse kun kan tilbyde behandlinger med mere end 30 dages ventetid (aktuelt dog 60 dage).

Adgang til behandlinger med brugerbetaling i det offentlige

For så vidt angår behandlinger med brugerbetaling, såsom fysioterapi og kiropraktor, dækker nogle forsikringselskaber det fulde beløb til en ydelse, mens andre dækker egenbetalingsandelen, der er forbundet med en henvisning fra det offentlige sundhedsvæsen. Hvis patienten bruger sin lægehenvielse til at få offentligt tilskud og sit forsikringselskab til at dække brugerbetalingsandelen, er det alene praksisoverenskomstens regler og vilkår, der gælder. Det betyder, at patienten har samme ventetid i det offentlige som ikke-forsikrede patienter.

Omvendt vil forsikringspatienter, der modtager behandlinger, som går udenom det offentlige, ikke have samme ventetid som offentlige patienter. Det indgår bl.a. i overenskomsterne for fysioterapeuter og psykologer, at de ikke uopfordret må tilbyde en patient at komme hurtigere til mod privat betaling, og de har en forpligtelse til at sikre lige adgang til behandling.

Adgang til behandlinger ved praktiserende speciallæger

Forsikringspatienter, der bruger deres forsikring til at komme i behandling hos en praktiserende speciallæge, der tilbyder behandling af privatbetalende, bl.a. forsikringspatienter, undgår også den offentlige venteliste. Med Overenskomst om speciallægehjælp mellem foreningen af speciallæger (FAS) og Regionernes Lønnings- og takstnævn (RLTN) er der dog aftalt en række bestemmelser, der regulerer speciallægenes beskæftigelse ved siden af overenskomstopgaverne. Fx fremgår det af de etiske retningslinjer, at speciallægenes bibeskæftigelse ikke må have tidsmæssige eller indholdsmæssige konsekvenser for udførelsen af opgaver efter overenskomsten. I et nyligt tolkningsdokument fremgår det, at overenskomstens parter opfordrer til at behandling af privatbetalende, bl.a. forsikringspatienter, foregår udenfor klinikens normale daglige åbningstid. Hertil kommer, at speciallægen ikke uopfordret må tilbyde en patient at komme hurtigere til mod privat betaling. Der er indføjet lignende paragraffer i overenskomsten for psykologer og fysioterapeuter.

Hvis den praktiserende speciallæge ikke overholder de fastsatte etiske retningslinjer, har speciallæge-landssamarbejdsudvalgets adgang til at udtale mistillid, pålægge bod, fastsætte grænser for forbrug af ydelser eller i værste tilfælde udelukke speciallægen fra at praktisere. Omfanget af manglende overholdelse af de etiske retningslinjer er ukendt.

Aflaster sundhedsforsikringer de offentlige sygehuse?

Når en borger vælger at gøre brug af sin private sundhedsforsikring til behandling på et privathospital med kortere ventetid, vil borgeren samtidig ikke belaste ventelisten til behandling på offentlige sygehuse, som teoretisk set kan forventes at blive kortere for både forsikrede og ikke-forsikrede. En substitutionseffekt forventes derfor at være relevant: En hoftealloplastik på et privathospital reducerer behovet for en alloplastik på et offentligt sygehus. På den måde kommer de private sundhedsforsikringer teoretisk set også de ikke-forsikrede til gode. Det forudsætter dog, at der er tale om en efterspørgsel, som borgeren også ville have haft uden forsikring, og som kunne være efterkommet i det offentlige behandlingssystem, men med længere ventetid end i privatsektoren.

Empirisk er det blevet undersøgt i et dansk studie fra 2013, som viser, at beskæftigede med en arbejdsgiverbetalt sundhedsforsikring alt andet lige bruger offentlige sygehuseyndelser mindre end ikke-forsikrede med i gennemsnit 10 pct.²⁵⁶ Derved vil der blive frigjort ressourcer i det offentlige sundhedsvæsen. Ifølge studiet

256 Søgaard, Rikke, Morten Saaby Pedersen og Mickael Bech. "To What Extent Does Employer-Paid Health Insurance Reduce the Use of Public Hospitals?", 2013. Health Policy 113, nr. 1-2 (12013): 61-68.

er det et konservativt estimat, så besparelsen i det offentlige sundhedsvæsen kan være højere. Studiet er dog gennemført på et tidspunkt, hvor udbredelsen af arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer og operationsdækningen i forsikringerne var væsentligt anderledes end i dag, så det er uklart, om konklusionerne stadig vil gøre sig gældende.

Trækker sundhedsforsikringer arbejdskraft ud af det offentlige sundhedsvæsen?

I takt med sundhedsforsikringernes stigende aktivitet er behovet for sundhedspersonale i den private sektor også kommet i fokus i det omfang, at aktiviteten er forsikringsfinansieret. I 2022 udgjorde forsikringsbetaling 40,8% af omsætningen på privathospitaler.

Hvis der er personalemangel i det offentlige sundhedsvæsen, kan der opstå kapacitetsproblemer, så behandlingen af de forsikrede i den private sundhedssektor vil ske på bekostning af de ikke-forsikrede, som får længere ventetid.

Forsikringsbranchen ansætter kun i beskedent omfang sundhedspersonale direkte. I stedet finansierer branchen ydelser hos private leverandører ligesom det offentlige, fx når regionerne finansierer behandlinger hos speciallæger og privathospitaler gennem udbud, retten til hurtig udredning eller Det Udvidede Frie sygehusvalg. Ifølge seneste branchestatistik fra Sundhed Danmark, som er brancheforening for danske private sundhedsvirksomheder og repræsenterer ca. 80-90 pct. af omsætningen i privathospitalbranchen, så udgjorde bruttoomsætningen fra forsikringspatienter i den private sundhedssektor 40,8 pct. af branchens samlede bruttoomsætning i 2022.²⁵⁷ Til sammenligning udgjorde den offentlige finansiering 44 pct. af bruttoomsætningen.

Ifølge en opgørelse fra Forsikring og Pension, så er der kommet flere læger til på de private hospitaler.²⁵⁸ Antallet af læger er steget fra 188 fuldtidsbeskæftigede i 2011 til 431 fuldtidsbeskæftigede i 2022. Til sammenligning er antallet af fuldtidsbeskæftigede læger på offentlige sygehuse steget fra omkring 13.000 til 18.000 fuldtidsbeskæftigede i samme periode. På tilsvarende vis er der i dag ansat omkring 650 fuldtidsbeskæftigede sygeplejersker på private hospitaler og 30.000 fuldtidsbeskæftigede sygeplejersker på offentlige sygehuse. Finansministeriets mekaniske fremskrivninger af udbud og efterspørgsel, bl.a. efter sygeplejersker og læger, indikerer samtidig, at der i 2035 vil være et udbud af læger og sygeplejersker, som ligger over den mekaniske fremskrivning af efterspørgslen på henholdsvis 10.300 læger og 3.600 sygeplejersker.²⁵⁹ Det understreges, at mekanisme fremskrivninger er behæftet med en vis usikkerhed.

En undersøgelse fra Kraka og Deloitte finder desuden, at en relativ begrænset andel (knap 4 pct.) af sygeplejersker, der blev færdiguddannet i 1995-2010, skiftede til den private sundhedssektor efter tre til seks års uafbrudt beskæftigelse i det offentlige. Knap 60 pct. af sygeplejerskerne, som skifter til den private sektor, fortsatte som sygeplejersker i det private, hvor de oplevede en højere lønfremgang end i det offentlige, der dog ikke er på samme niveau som for de offentlige ansatte sygeplejersker, der helt forlader sygeplejefaget.²⁶⁰

Som læge og sygeplejerske er det muligt at have mere end ét job samtidigt. Fx kan en læge have hovedbeskæftigelse på et offentligt sygehus og samtidig arbejde i den private sektor. Ifølge Sundhed Danmark er hovedparten af læger og sygeplejersker på private hospitaler enten deltidsansat eller ansat som konsulenter. Derimod er blot 17 pct. og 10 pct. af henholdsvis sygeplejersker og læger på privathospitalerne ansat på fuld tid (branchestatistik 2021-tal).

257 Sundhed Danmark, "Branchestatistik 2022", 2023.

258 Forsikring og Pension, "Her arbejder de sundhedsuddannede", 2023.

259 Finansministeriet, "Økonomisk Analyse. Rekruttering af velfærdsmedarbejdere nu og i fremtiden", 2023.

260 Small Great Nation, Kraka, og Deloitte. "Den offentlige sektor - velfærdsstatens juvel?", 2022.

En undersøgelse fra 2012 finder, at 8 pct. af de danske hospitalslæger var bibeskæftede på et privat-hospital, og 75 pct. af lægerne med bijob arbejder mindre end seks timer om ugen i den private sundhedssektor.²⁶¹ Kun hver tiende læge arbejder over ti timer om ugen i bijobbet. Samtidig viser undersøgelsen, at lægers bibeskæftelse ikke trækker arbejdskraft ud af de offentlige hospitaler. Tværtimod arbejder læger med bibeskæftelse i det private i gennemsnit, 44,7 timer ugentligt på de offentlige hospitaler, som er medvirkende til at øge den samlede behandlingskapacitet.

Lægemangel indenfor specifikke specialer

Selvom der for nuværende ikke er belæg for at konkludere, at sundhedsforsikringer i nævneværdig grad trækker ressourcer ud af det offentlige sundhedssystem samlet set, kan det ikke udelukkes, at der kan være udfordringer indenfor enkelte specialer eller fagområder.

Som tidligere beskrevet har Topdanmark bl.a. oplevet en tredobling i antallet af anmeldelser af psykiske behandlinger til børn og unge til forsikringsselskabet. Det formodes at have en sammenhæng med den seneste tids udvikling, hvor børne- og ungepsykiatrien har været under et stigende pres som følge af, at der er kommet flere børn og unge i behandling i psykiatrien. Både Psykiatrifonden og Bedre Psykiatri har tolket det som vidne på en utilstrækkelig offentlig psykiatri.²⁶² Danica Pension har bl.a. valgt ikke længere at tilbyde deres kunder børnepsykiatrisk behandling. Fravalget skyldes, at Danica Pension vil afvente, at ventetiderne i det offentlige er neutraliseret.²⁶³

Det kan ses en tendens til, at flere speciallæger med speciale i børne- og ungdomspsykiatri søger mod det private arbejdsmarked jf. tabel 10.2. Pr. 2021 var der derfor ansat 195 læger med psykiatriske specialer i den offentlige sektor (stigning på 11 pct. i forhold til 2017), mens 65 speciallæger var beskæftiget i den private sektor (stigning på 63 pct. i forhold til 2017), heraf 55 som praktiserende (både med og uden ydnummer). Med opgørelsen tages der ikke højde for speciallægenes bibeskæftelse, fx at praktiserende speciallæger med ydnummer behandler private patienter ved siden af offentlige sygesikringspatienter.

Det kan på baggrund af opgørelsen ikke konkluderes, om udviklingen (primært) er drevet af forsikringspatienter. En undersøgelse fra Overlægeforeningen peger fx på, at psykiatere ansat i den regionale psykiatri overvejer at skifte job på grund af mangel på indflydelse, problemer med ledelse eller samarbejdet og på grund af mangel på behandlingsmuligheder.²⁶⁴

Tabel 10.2

Beskæftigelse for speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri

	2017	2018	2019	2020	2021	%-ændring 2017-2021
Offentlig sektor	175	180	185	190	195	11 pct.
Privat sektor	40	45	50	55	65	63 pct.
<i>Heraf praktiserende speciallæger</i>	40	40	45	45	55	38 pct.

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

261 Bech, Mickael, og Karolina Socha. "Dual practitioners are as engaged in their primary job as their senior colleagues". Danish Medical Journal 59, nr. 2 (2012).

262 Olsen, Michael. "»Når forældrene ringer ind til os, så er det altså alvor«: Rekordmange børn kommer i psykiatrisk behandling via forældres forsikringer". Politiken, 2022.

263 Mandrup, Mette. "Danica fravælger tilbud af børnepsykiatri til kunderne". FinansWatch, 2023.

264 Yngre Læger, "Det rammer både patienter og yngre læger hvis flere psykiatere skifter til det private", Læger.dk, 2022.

Litteratur

Andersen, Merethe K., Elisabeth Assing Hvidt, Kjeld M. Pedersen, Jesper Lykkegaard, Frans B. Waldorff, Anders P. Munck og Line B. Pedersen. "Defensive Medicine in Danish General Practice. Types of Defensive Actions and Reasons for Practicing Defensively", 2021. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 39, nr. 4 (2021): 413–18.

Andersen, Merethe Kirstine, Line Bjørnskov Pedersen, Michael Dupont, Kjeld Møller Pedersen, Anders P. Munck og Jørgen Nexøe. "Praktiserende lægers oplevelser med private sundhedsforsikringer". SDU, 2017. <https://www.sdu.dk/da/forskning/almenpraksis/nyhedsarkiv/nyheder-2020/praktiserende-laegers-oplevelser-med-private-sundhedsforsikringer>

Arbejdsgruppe om styring i psykiatrien. "Styringsgennemgang af psykiatrien - delrapportering 1.pdf". Sundheds- og Ældreministeriet, 2018.

BDO. "Analyse af udviklingen i opgaveløsningen i almen praksis", 2023.

BDO. "Kortlægning af udvikling i praksisformer i almen praksis", 2023.

Bech, Mickael, og Karolina Socha. "Dual practitioners are as engaged in their primary job as their senior colleagues". *Danish Medical Journal* 59, nr. 2 (2012).

Benchmarkingenheden. "Overlappet mellem psykiatrien og de sociale indsatser", 2024.

Boston Consulting Group. "Sundhedsvæsenets organisering i udvalgte lande", 2023.

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

Christensen, Line Due m.fl. "Health Care Utilization Related to the Introduction of Designated GPs at Care Homes in Denmark: A Register-Based Study". *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 40, nr. 1 (2. januar 2022): 115–22.

CPR-registret, Sundhedsdatastyrelsen. "Registeret for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS)", u.å.

Dansk Psykolog Forening. "Til psykolog gennem din sundhedsforsikring". Dansk Psykolog Forening, u.å. <https://www.dp.dk/fag-og-politik/fag/til-psykolog-gennem-din-sundhedsforsikring/>

Dansk Sundhedsforsikring A/S. "Flere og flere danskere vil have online lægehjælp via forsikringen". Via Ritzau, 2023. <https://via.ritzau.dk/pressemeddelelse/13705412/flere-og-flere-danskere-vil-have-online-laegehjaelp-via-forsikringen?publisherId=13561141>

Danske Fysioterapeuter. "FAQ om sundhedsforsikringer". Danske Fysioterapeuter, u.å. <https://www.fysio.dk/radgivning-regler/selvstandig-virksomhed/faq-om-sundhedsforsikringer>

Danske Regioner. "Danske Regioner styrker arbejdet med kliniske retningslinjer og opretter et nyt, stærkt kvalitetsinstitut". Danske Regioners hjemmeside, 2024.

Danske Regioner. "Fremtidens almen praksis – udvikling og nye rammer", 2023.

Danske Regioner. "Oplæg til forhandling af ny overenskomst om almen praksis 2016-2017", 2016.

Danske Regioner. "Ordning vedrørende differentieret basishonorar til praktiserende læger", 2018.

Danske Regioner. "Redegørelse for afvikling af efterslæb - september 2023". Danske Regioner, 2023.

Danske Regioner og Praktiserende Lægers Organisation. "Vision for almen praksis i 2030", 2020. <https://www.e-pages.dk/regioner/176/>

Danske Regioner og Regeringen. "Aftale om regionernes økonomi for 2010", 2010.

Danske Regioners Bestyrelse. "Referat af møde i Danske Regioners bestyrelse 28. september 2023", 2023.

Deloitte. "Analyse af barrierer for udbredelse af nye teknologier.", 2018.

Det fælleskommunale Databehandlersekretariat. "Om sekretariatet". 2024. <https://kommunedbs.dk/om-sekretariatet/>

DR. "Millionkoncern overtager danske lægeklinikker: Lægen dukker sjældent selv op". DR Nyheder. 2024. <https://www.dr.dk/nyheder/indland/millionkoncern-overtager-danske-laegeklinikker-laegen-dukker-sjaeldent-selv-op>

DSAM-bestyrelsen. "Fremtidens familielæge: Et holdningspapir fra DSAM". Dansk Selskab for Almen Medicin, 2023. <https://www.dsam.dk/presse-holdninger/holdninger-og-politikker/fremtidens-familielaege>

eKVIS (Enheden for Kvalitet i Speciallægepraksis) og Rambøll Management Consulting. "Undersøgelse af patientoplevet kvalitet i speciallægepraksis 2017", 2017.

eSundhed. "Almen praksis og tilmeldte patienter". eSundhed. u.å. <https://www.esundhed.dk/Emner/Almen-praksis/Almen-praksis-og-tilmeldte-patienter#tabpanel4948E14EABC1468BA69CB3752961D5BF>

eSundhed. "Andre ydere i praksis: Speciallæger". eSundhed, u.å. <https://www.esundhed.dk/Emner/Beskaef-tigede-i-sundhedsvaesnet/Andre-ydere-i-praksis#tabpanel8A63FD4CA62D4CD491BD6E6D75058021>.

eSundhed. "Arbejdsstyrken af sundhedsuddannede", u.å. <https://www.esundhed.dk/Emner/Beskaeftigede-i-sundhedsvaesnet/Arbejdsstyrken-af-sundhedsuddannede>

Finansministeriet. "Aftaler om den kommunale og regionale økonomi for 2008", 2007.

Finansministeriet. Budgetlov, LOV nr. 547 af 18/06/2012 § (2012).

Finansministeriet. "Økonomisk Analyse. Mekaniske fremskrivninger af udbud af og efterspørgsel efter velfærdsmedarbejdere", 2022.

Finansministeriet. "Økonomisk Analyse. Rekruttering af velfærdsmedarbejdere nu og i fremtiden", 2023.

Forsikring og Pension. "Forsikrings- og pensionsbranchens bidrag til danskernes sundhed", 2023.

Forsikring og Pension. "Her arbejder de sundhedsuddannede", 2023. <https://fogp.dk/tal-og-analyser/her-arbejder-de-sundhedsuddannede/>

Forsikring og Pension. "Sundhedsforsikringer for 2003-2022", 2023. <https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Ffogp.dk%2Fmedia%2Fgocfsojw%2Fsundhedsforsikringer.xlsx&wdOrigin=BROWSELINK>

Forsikring og Pension. "Sundhedsforsikringerne finansierer hovedsageligt, hvor der er egenbetaling på sundhedsområdet". Forsikring og Pension, 2023. <https://fogp.dk/tal-og-analyser/sundhedsforsikringerne-finansierer-hovedsageligt-hvor-der-er-egenbetaling-paa-sundhedsomraadet/>

Forsikring og Pension. "Vejledning om indhentning af helbredsoplysninger - pr. 1. november 2020", 2020.

Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet. "Ny rapport om trivsel og udbrændthed blandt praktiserende læger", 13. marts 2024. <https://feap.au.dk/display/artikel/ny-trivselsundersoegelse-blandt-praktiserende-laeger>

Friderichsen, Bolette, Magnus Isacson og Marte Kvittum Tangen. "Almen praksis - Hvad kan Danmark lære af Norge og Sverige?", u.å.

Ginman, Rasmus Jessen. "Stigende it-udgifter udhuler Region H's økonomi: »Omkostninger til it stiger hurtigere end til sundhed«. DigiTech, 23. november 2023. <https://pro.ing.dk/digitech/artikel/stigende-it-udgifter-udhuler-region-hs-oekonomi-omkostninger-til-it-stiger-hurtigere-end-til-sundhed>

Healthcare Denmark. "Pandemic Response in Denmark", 2023.

Health Tech Hub Copenhagen og Tænk tanken Mandag Morgen. "Bedre digital sundhed: Anbefalinger til bedre sammenhæng og samarbejde til gavn for borgere og et presset sundhedsvæsen", 2023.

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

Hospitalsenhed Midt, Region Midtjylland. "Nyt app-tilbud skal give mere tryghed til gravide", 2021. <https://www.hospitalsenhedmidt.dk/presse-og-nyheder/nyheder/2021/nyt-app-tilbud-skal-give-mere-tryghed-til-gravide/>

Implement. "Den kommunale sundhedsindsats", 2023.

Implement Consulting Group. "Analyse af kompetencemangel i Sundhedsvæsenet", 2023.

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

Indenrigs- og Boligministeriets Benchmarkingenhed. "Kommunal sygepleje til ældre", 2022.

Indenrigs- og Sundhedsministeren. "Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed", Pub. L. No. L 103, 2022-23 (2. samling) (2023).

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. "Bekendtgørelse af sundhedsloven". LBK nr 247 af 12/03/2024 § 79, stk. 2 (2024). <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2024/247>

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. "Bekendtgørelse om forebyggende sundhedsydelser for børn og unge". BEK nr 1344 af 03/12/2010 § (2010). <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2010/1344>

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. "Bekendtgørelse om hjemmesygepleje". BEK nr. 1601 af 21/12/2007 § (2007). <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2007/1601>

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. "Bekendtgørelse om kvalitetsstandarder for hjemmehjælp, rehabiliteringsforløb og træning efter servicelovens §§ 83, 83 a og 86". BEK nr. 1575 af 27/12/2014 § (2014). <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2014/1575>

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. "Brugertilfredshedsundersøgelse af almen praksis", 2024.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. "Cirkulære om statsligt, resultatafhængigt tilskud i 2024 til regionernes sundhedsvæsen (Nærhedsfinansiering)". CIR1H nr. 9804 af 21/10/2023 § (2023).

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. "Den kommunale tandpleje: Vejledning for omfanget af og kravene til den kommunale tandpleje". VEJ nr. 9382 af 12/05/2023 § (2020). <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2023/9382>

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. "Lov om ændring af sundhedsloven (Bedre digital forældreadgang til børns helbredsoplysninger, indhentning og videregivelse af helbredsoplysninger og andre fortrolige oplysninger og etablering af et nævn for sundhedsapps)". 1549 2023-24 § (2023).

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. "Lov om ændring af sundhedsloven. (Bedre digitalt samarbejde i sundhedsvæsenet, påmindelser til forældre vedrørende børnevaccination og bestemmelser om territorial gyldighed for Færøerne og Grønland)", 273 § (2019).

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. "Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner. Sundheds- og Ældreministeriet og Børne- og Socialministeriet". VEJ nr. 9538 af 02/07/2018 § (2018). <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2018/9538>

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. "Vejledning om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsaftaler". VEJ nr. 9008 af 11/01/2024 § (2024). <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2024/9008>

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. "Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler". VEJ nr. 9698 af 21/08/2009 § (2009). <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2009/9698>

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. "Vejledning om vederlagsfri hjemmesygepleje ved kommunale akutfunktioner (herunder ved kommunale akutpladser)". VEJ nr. 9235 af 21/03/2019 § (2019). <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2019/9235>

Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed. "Geografiske forskelle i ældres forbrug af sundheds- og plejeydelser", 2023. <https://benchmark.dk/analyser/aeldre-og-sundhed/geografiske-forskelle-i-aeldres-forbrug-af-sundheds-og-plejeydelser->

IT-Branchen. "Her investerer man mest og mindst i det offentlige", 2024. <https://itb.dk/category/maerkesager/offentlig-digitalisering/>

Kiil, Astrid, og Jacob Nielsen Arendt. "The Effect of Complementary Private Health Insurance on the Use of Health Care Services". *International Journal of Health Economics and Management* 17, nr. 1 (2017): 1–27.

Kiil, Astrid, og Kjeld Møller Pedersen. "The Danish Survey on Voluntary Health Insurance 2009". DaCHE discussion papers 2009:3, University of Southern Denmark, Dache - Danish Centre for Health Economics, 2009.

KL. "Den sociale tandplejeordning 2023", 2023.

KL. "Store forskelle imellem kommunernes forbrug på genoptræning og forebyggelse". KL, 2023. <https://www.kl.dk/oekonomi-og-administration/oekonomi-og-styring/flis/perspektiv/2023/kommunernes-forbrug-paa-genoptraening-og-forebyggelse>

KL, Danske Regioner, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Økonomi- og Indenrigsministeriet og Finansministeriet. "Evaluering af den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet", 2015.

KOMBIT. "Fælles Sprog III Indsatskatalog (sundhedslov) version 1.6". KOMBIT, u.å.

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

KORA, Pia Kürstein Kjellberg og Lea Graff. "Sygeplejerskernes rolle i rehabilitering i ældreplejen". KORA - Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning, 2017. <https://www.vive.dk/media/pure/mxjp3bx4/2033521>

KPMG og VIVE. "Styrkelse af digitale kompetencer inden for datadrevne teknologier til brug for automatisering, prædiktion og beslutningsstøtte hos sundhedspersoner". Danish Life Science Cluster, 2022.

Kristensen, Kim. "Sundhedseksperter tror på lægeaftale efter formandsskifte". *Information*, 2013. <https://www.information.dk/indland/2013/06/sundhedseksperter-tror-paa-laegaftale-formandsskifte>

Landspatientregisteret (LPR) (pr. 10-03-2024), CPR-registret (PR. 26-03-2024) og Sundhedsdatastyrelsen. "Genoptræningsplaner". eSundhed. u.å. <https://www.esundhed.dk/home/emner/patienter%20og%20sygehuse/genoptraeningsplaner>

Larsen, Klaus. "PLO: Lovændring truer vores kvalitetsdata". *Ugeskriftet.dk*, 2024. <https://ugeskriftet.dk/nyhed/plo-lovaendring-truer-vores-kvalitetsdata>

Vestergaard, Leif og Frank Ingemann. "Idépapir om speciallægepraksis". Ekspertbidrag, 2024.

- Lægeforeningen. "FP 710 Sundhedsforsikringsattest". Læger.dk, 2024. <https://laeger.dk/attestnoeglen/fp-710-sundhedsforsikringsattest>
- Madsen, Marie Henriette m.fl. "Speciallæge i almen medicin - En undersøgelse af begrundelser for forskellige karrierevalg- og veje". VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2023.
- Mandrup, Mette. "Danica fravælger tilbud af børnepsykiatri til kunderne". FinansWatch, 2023.
- MedCom. "Telemedicinske initiativer - En kortlægning af telemedicinske initiativer i Danmark", 2019.
- Mejer Hjelm, Cecilie. "Skal hjælpen bevilges som socialpædagogisk støtte eller personlig og praktisk hjælp?" Ankestyrelsen, 2020. <https://ast.dk/social/artikler/hjaelp-til-handicappede-og-aeldre/skal-hjaelpen-bevilges-som-socialpaedagogisk-stotte-eller-personlig-og-praktisk-hjaelp>
- Melbye, Thor. "Formand for Honorarstrukturråd: »Lægens job er ikke at holde styr på en masse ydelser". Dagens Medicin, u.å. <https://dagensmedicin.dk/formand-for-honorarstrukturrad-laegens-job-er-ikke-at-holde-styr-paa-en-masse-ydelser/>
- Mohrsen, Birgitte Anne. "Krav om begrundelse ved ændring i serviceniveauer". Ankestyrelsen, 2020. <https://ast.dk/social/artikler/hjaelp-til-handicappede-og-aeldre/krav-om-begrundelse-ved-aendring-i-serviceniveauer>
- OECD. "Health at a Glance 2021: OECD Indicators". Health at a Glance. OECD, 2021.
- Olsen, J.K., J. Lykkegaard, A. Munck, P. Ahnfelt-Møllerup, S. Nyvan Marisusen og Kjeld Møller Pedersen. "Henvisningsaudit blandt praktiserende læger i Region Syddanmark". APO, Forskningsenheden for almen praksis, SDU, 2024.
- Olsen, Michael. "»Når forældrene ringer ind til os, så er det altså alvor«: Rekordmange børn kommer i psykiatrisk behandling via forældres forsikringer". Politiken, 2022. <https://politiken.dk/danmark/forbrug/art8875217/Rekordmange-b%C3%B8rn-kommer-i-psykiatrisk-behandling-via-for%C3%A6ldres-forsikringer>
- Oxford Research. "Evaluering af organiseringen af vaccinationsindsatsen mod covid-19", 2022.
- PA Consulting Group. "Analyse af modeller for organisering og styring af arbejdet med digitale løsninger og data i det danske sundhedsvæsen", 2024.
- PA Consulting Group. "Business case for landsdækkende udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med hjertesvigt", 2021.
- PA Consulting Group. "Fælles tværgående kanalstrategi for datadeling i sundhedsvæsenet", 2024.
- PA Consulting Group. "Styrings- og Finansieringsmodel, afrapportering vedr. revideret finansieringsmodel for sundheds-IT", 2021.
- Pedersen, Anette Fischer og Peter Vedsted. "Alment praktiserende lægers psykiske arbejdsmiljø og jobtilfredshed 2023". Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet, u.å.
- Praktiserende Lægers Organisation. "Vokseværk i almen praksis – flere ansatte flugter med ambitionerne om et større nært sundhedsvæsen", 2022.
- Praktiserende Lægers Organisation. "Høj kontinuitet hos den danske familielæge fremmer patienternes sundhed", 2022.
- Praktiserende Lægers Organisation. "PLO's vedtægter", 2022. <https://laeger.dk/foreninger/plo/om-plo/vedtaegter>
- Praktiserende Lægers Organisation. "Regionale lægedækningstruede områder". Lægeforeningen. <https://laeger.dk/foreninger/plo/overenskomsten-og-aftaler/laegedaekningstruede-omraader/regionale-laegedaekningstruede-omraader>

Praktiserende Lægers Organisation og Regionernes Lønnings- og Takstnævn. "Overenskomst om almen praksis 2018", 2018.

Praktiserende Lægers Organisation og Regionernes Lønnings- og Takstnævn. "Overenskomst om almen praksis 2022", 2022.

PwC. "Arbejdsgiverbetalt sundhedsforsikring og sundhedsordninger". PwC, 2023. <https://www.pwc.dk/da/personalegoder/sundhedsforsikringer-og-ordninger.html>

PwC. "Opsamling på workshop afholdt i regi af Robusthedskommissionen den 24. april 2023", 2023.

Rasmussen, Lars Igum. "Efter to operationer trænede 27-årige Kasper Voldum sine smerter væk". Politiken, 2024. <https://politiken.dk/danmark/sundhed/art9711124/Efter-to-operationer-tr%C3%A6nede-27-%C3%A5rige-Kasper-Voldum-sine-smerter-v%C3%A6k>

Regeringen. "Aftale om Sundhedsreform", 2022. <https://sum.dk/Media/637888973082282053/Aftale%20>

Regeringen og Danske Regioner. "Aftale om sundheds-it", 2010.

Regeringen, KL og Danske Regioner. "Aftale om 500 mio. kr. til mere behandling i eget hjem", 2023.

Regeringens ekspertpanel vedr. sygehusinvesteringer. "Regionernes investerings- og sygehusplaner - Screening og vurdering", 2008.

Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Foreningen af Speciallæger. "Overenskomst om Speciallægehjælp", 2022.

Rigsrevisionen. "Beretning om beskæftigelsesrettet indsats for sygemeldte borgere med forløb i psykiatrien", 2021.

Rigsrevisionen. "Beretning om regionernes grundlag for den økonomiske styring af sygehusene", 2020.

Rigsrevisionen. "Rigsrevisionens notat om tilrettelæggelsen af en større undersøgelse af ambulancedriften i regionerne", 2024.

Sektion for Tværsektoriel Forskning, for Center for Sundhed, og Region Hovedstaden. "Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden. Delrapport 1". Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse Sektion for Tværsektoriel Forskning Bispebjerg og Frederiksberg Hospital Region Hovedstaden, 2023.

SFI, Cecilie Dohlmann Weatherall, Heidi Hesselberg Lauritzen, Anne Toft Hansen og Tina Termansen. Evaluering af "Fast tilknyttede læger på plejecentre". SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 2014.

Skadborg, Jørgen. "Masser af digital udvikling i almen praksis". Lægeforeningen, 2023. <https://laeger.dk/nyheder/masser-af-digital-udvikling-i-almen-praksis>

Skovsgaard, Christian Volmar, Troels Kristensen, Ryan Pulleyblank og Kim Rose Olsen. "Increasing Capitalisation in Mixed Remuneration Schemes: Effects on Service Provision and Process Quality of Care". 2023. Health Economics 32, nr. 11 (november 2023): 2477–98.

Small Great Nation, Kraka og Deloitte. "Den offentlige sektor - velfærdsstatens juvel?", 2022.

Social-, Bolig- og Ældreministeriet. "Ankestyrelsens principmeddelelse 424 om hjælpemidler - behandlingsredskaber - kompressionsmaskine - afhjælpning". KEN nr. 9133 af 11/03/2024 § (2024). <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2024/9133>

Social-, Bolig- og Ældreministeriet. "Bekendtgørelse af lov om friplejeboliger". LBK nr. 1162 af 26/10/2017 § (2017).

- Social-, Bolig- og Ældreministeriet. "Bekendtgørelse om certificering af friplejeboligleverandører". BEK nr. 1169 af 30/09/2015 § (2015).
- Social-, Bolig- og Ældreministeriet. "Socialpolitisk Redegørelse 2023". Social-, Bolig- og Ældreministeriet, 2024.
- Social-, Bolig- og Ældreministeriet. "Tilbudsportalen", 30. september 2023. <https://tilbudsportalen.dk/>
- Social-, Bolig- og Ældreministeriet. "Vejledning om botilbud m.v. til voksne". VEJ nr. 9766 af 03/10/2023 § (2023).
- Social-, Bolig- og Ældreministeriet. "Vejledning om socialpædagogisk bistand, støtte- og kontaktpersoner, behandling og pasning af nærtstående efter reglerne i lov om social service". VEJ nr. 9764 af 02/10/2023 § (2023).
- Social-, Bolig- og Ældreministeriet. "Vejledning om støtte til hjælpemidler og forbrugsgoder". VEJ nr. 10324 af 14/12/2017 § (2017). <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2017/10324>
- Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed. "Arbejdstid blandt social- og sundhedspersonalet på det kommunale ældreområde", 2020.
- Socialministeren. "Forslag til Lov om ændring af lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre m.v. (Ændring af lovens målgruppe)". Pub. L. No. L 55, 2004-05 (1. samling) (2004).
- Statistikbanken.dk, Danmarks Statistik. "AED06: Modtagere visiteret til hjemmehjælp, frit valg, efter område, ydelsestype, timer pr. uge, alder og køn", u.å.
- Statistikbanken.dk, Danmarks Statistik. "AED08: Modtagere af genoptræning/vedligeholdelsestræning efter område, ydelsestype, alder og køn", u.å.
- Statistikbanken.dk, Danmarks Statistik. "AED10A: Modtagere af forebyggende hjemmebesøg, efter område, hjemmebesøg, alder og køn", u.å.
- Statistikbanken.dk, Danmarks Statistik. "DREAM - Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase DREAM", u.å.
- Statistikbanken.dk, Danmarks Statistik. "HANDIC - Handicapydelse", u.å.
- Statistikbanken.dk, Danmarks Statistik. "HJEMSYG: Modtagere af hjemmesygepleje i eget hjem efter område, alder og køn", u.å.
- Statistikbanken.dk, Danmarks Statistik. "Lægebesøg". u.å. <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/borger/sundhed/laegebesoeg>
- Statistikbanken.dk, Danmarks Statistik. "REGKC: Kommunernes regnskaber på gruppering med tekst efter område, dranst, funktion og gruppering, ejerforhold, art og prisenhed", u.å.
- Statistikbanken.dk, Danmarks Statistik. "SMDBV002: Stofmisbrugsbehandling efter område og nøgletal", u.å.
- Steno Diabetes Center Aarhus. "SAMBLIK: Samme patientoverblik på tværs af sektorer", 2024. <https://www.stenoaarhus.dk/tvarsektoriel-forskning/organisering-og-ledelse/samblik/>
- Stephansen, Christina Gordon, og Vibeke Borchsenius. Sundhedsforsikrings effekt på sygefraværet og samfundsøkonomien. Forsikring og Pension, 2012.
- Sundhed Danmark. "Branchestatistik 2022", 2023.
- Sundhed.dk. "Find behandler". u.å. <https://www.sundhed.dk/borger/guides/find-behandler/?Page=1&Pagesize=100&RegionId=0&InformationsUnderkategori=Psykiater&Informationskategori=Special%C3%A6ge&WaitTime=true>
- Sundhed.dk. "Sygesikring og sikringsgrupper". u.å. <https://www.borger.dk/sundhed-og-sygdom/sundhedskort--laegevalg-og-tandlaege/Sygesikring-og-sikringsgrupper>

Sundheds- og Ældreministeriet, Social- og Indenrigsministeriet, Finansministeriet, KL, og Danske Regioner. "Den kommunale medfinansiering for 2018", 2020.

Sundhedsdatastyrelsen. "Alkohol. Offentligt finansieret alkoholbehandling". eSundhed. <https://www.esundhed.dk/Emner/Hvad-doer-vi-af/Alkohol#tabpanelC4377ECEE1574EDAA618B6FC5864A615>

Sundhedsdatastyrelsen. "Nationalt datagrundlag for speciallægepraksis", 2023. <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/det-naere-sundhedsvaesen/speciallaegepraksis>

Sundhedsministeriet, Danmarks Statistik, KL, Sundhedsdatastyrelsen, Danske Regioner og Nationalt Genom Center. "Vision - Strategisk samarbejde for bedre brug af sundhedsdata", 2021.

Sundhedsstrukturkommissionen. "Sundhedsstrukturkommissionens rapport. Beslutningsgrundlag for et mere lige, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen". 2024.

Sundhedsstyrelsen. "Erfaringsopsamling af projektet Nationale Kliniske Retningslinjer 2012-2016", 2017. https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2017/Erfaringsopsamling-af-projektet-Nationale-Kliniske-Retningslinjer-2012-2016.ashx?sc_lang=da&hash=5A33722D9366A88B9A4B960B9CAF5702

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

Sundhedsstyrelsen. "Faglig ramme for det kommunale behandlingstilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel", 2023.

Sundhedsstyrelsen. "Faglig ramme for etablering af nærhospitaler", 2022.

Sundhedsstyrelsen. "Fagligt oplæg til en 10-årsplan: Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser", 2022. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2022/fagligt-oplaeg-til-en-10-aarsplan>

Sundhedsstyrelsen. "Foranalyse af den fremtidige opgaveløsning i almenmedicinske tilbud", u.å.

Sundhedsstyrelsen. "Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom: Kvalitetsstandarder". Sundhedsstyrelsen, 2024.

Sundhedsstyrelsen. "Inspirationsmateriale til forsøg med selvvisitation i ældreplejen". Sundhedsstyrelsen, 2022. https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Inspirationsmateriale-til-fors%C3%B8g-med-selvvisitation/Inspirationsmateriale-til-fors%C3%B8g-med-selvvisitation.ashx?sc_lang=da&hash=5FB9170C5A-742026CE08BCC3B0CC71A7

Sundhedsstyrelsen. "Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner". Sundhedsstyrelsen, 2023.

Sundhedsstyrelsen. "Muligheder og forudsætninger for omstilling til det primære sundhedsvæsen", 2023.

Sundhedsstyrelsen. "Nationale Kliniske Retningslinjer – udvalgte anbefalinger til brug i almen praksis", 2019. https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2019/Nationale-kliniske-retningslinjer-Udvalgte-anbefalinger-til-brug-i-almen-praksis.ashx?sc_lang=da&hash=F5D1FE4305FE3DCA35B121FA1F797ABC

Sundhedsstyrelsen. "Nærhospitaler - Skitse til fagligt oplæg", 2021. https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/N%C3%A6rhospitaler/1-skitse-til-det-faglige-oplaeg-fra-den-16-juni-2021-_historisk_.ashx?sc_lang=da&hash=0A64EA91CA7D75ADA7A30D238BD4A5DD

Sundhedsstyrelsen. "Specialevejledning for Dermato-venerologi". Sundhedsstyrelsen, 2023. <https://www.sst.dk/-/media/Viden/Specialplaner/Specialeplan-for-dermato-venerologi/Specialevejledning-for-Dermato-venerologi-den-23-august-2023.ashx>

Sundhedsstyrelsen. "Status på rehabiliteringsforløb efter § 83 a. Resultater fra en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse". Sundhedsstyrelsen, 2022.

Sundhedsstyrelsen. "Visitation til integreret behandling af mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik. Faglig visitationsretningslinje". Sundhedsstyrelsen, 2023.

Søgaard, Rikke, Morten Saaby Pedersen og Mickael Bech. "To What Extent Does Employer-Paid Health Insurance Reduce the Use of Public Hospitals?", 2013. *Health Policy* 113, nr. 1-2 (2013): 61-68.

Bjørnholt, Bente m.fl. "Ledelse af digitalisering. Videnskortlægning af den skandinaviske litteratur om ledelse af digitalisering". VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2020.

Foged, Søren Kjær m.fl. "Kommunernes ressourceforbrug og økonomiske styring på ældreområdet". VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2023.

Foged, Søren Kjær m.fl. "Estimat på årsværk af visitatorer ansat på det kommunale ældreområde". VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2022.

Højgaard, Betina m.fl. "Den statslige styring af det regionale sundhedsområde: analyse af centrale instrumenter". VIVE - Det nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2018.

Kjellberg, Pia Kürstein og Emmy Hjort-Enemark Topholm. "Organisering af BUM modellen på ældreområdet". VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2023.

Larsen, Arendse Tange m.fl. "Primary Health Care in the Nordic Countries – Comparative Analysis and Identification of Challenges". VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2020.

Madsen, Marie Henriette og Sarah Wadmann. "Forankring af akkreditering i speciallægepraksis: et kvalitativt casestudie". VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2019.

VIVE og Anne Petersen. "To distrikter – to forskellige former for sygepleje? – Et komparativt casestudie af hjemmesygeplejen i to distrikter". København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2017.

Vinge, Sidsel og Emmy Hjort-Enemark Topholm. "Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter i kommunerne". Bd. 2021. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2021.

World Bank Open Data. "World Bank Open Data". u.å.

Yngre Læger. "Det rammer både patienter og yngre læger hvis flere psykiatere skifter til det private". Læger.dk, 2022. <https://laeger.dk/nyheder/det-rammer-baade-patienter-og-yngre-laeger-hvis-flere-psykiatere-skifter-til-det-private>

Yngre Læger. "Yngre Lægers almen praksis-undersøgelse 2023 - ønsker til fremtidig beskæftigelse blandt hoveduddannelses- og speciallæger", 2023.

Ældreministeren. "Forslag til Lov om ændring af lov om social service (Målrkning af de forebyggende hjemmebesøg)". Pub. L. No. L 148, 2018-19 (1. samling) (2019).

Figurer, tabeller og andre illustrationer

Kapitel 1: Sygehusområdet – det sekundære sundhedsvæsen

Figur 1.1 Niveau for nationale mål-indikatorer (45 ud af 48) for regioner i forhold til landsgennemsnittet i 2022	8
Figur 1.2 Patienternes samlede tilfredshed, LUP somatik 2023	9
Boks 1.1 Udviklingstræk i rammestyningens faser i amter/regioner	12
Tabel 1.1 De somatiske sygehuse pr. 2023	14
Boks 1.2 Sygehus kategorier	15
Figur 1.3 Normerede somatiske sengepladser - 2007 til 2022	18
Figur 1.4 Udvikling i kontaktdage (somatik og psykiatri) - Ambulante ophold og indlæggelser - 2007 til 2022	19
Figur 1.5 Andel af den samlede offentlige finansierede produktionsværdi udført på privatsygehus, 2007 til 2022	21
Figur 1.6 Fordeling af patientgrupper på private sygehuse efter finansiering - 2020-2022	22
Figur 1.7 Bruttoomsætningen i mio. kroner for offentligt henviste patienter fordelt på aftaler i 2020-2022	23
Figur 1.8 Andel akutte ambulancekørsler, som var fremme indenfor 15 minutter fra alarmmelding	24
Figur 1.9 Udgifter til offentlige sygehuse, indeks, 2010-2022	26
Figur 1.10 Fordeling af udgifter til ambulans behandling og behandling under indlæggelse	27
Figur 1.11 Andelen af samlede sundhedsudgifter til lægemidler	27
Figur 1.12 Nettodriftsudgifter til somatiske sygehuse, 2023	27
Tabel 1.2 Personale ansat på offentlige sygehuse, praksisområderne og i øvrig regional administration, årsværk	28
Figur 1.13 Bidrag til samlet personalevækst fordelt på stillingsgrupper, 2007-2023	29
Tabel 1.3 Personale ansat i regionerne, årsværk, udvalgte stillingsgrupper	29
Tabel 1.4 Personale ansat i regionerne, årsværk, udvalgte stillinger	31
Boks 1.3 Afgrænsning af administrative ansatte i regionerne på stillingskategorier	31
Figur 1.14 Antal personer med mindst én kontakt til det offentlige somatiske sygehusvæsen i året, mio.	33
Tabel 1.5 Udvikling i befolkningen pr. 1. januar i året	33
Figur 1.15 Andel i befolkning med kontakt til somatisk sygehus	34
Figur 1.16 Ændring i andel af befolkning med kontakt til somatisk sygehus, 2007-2023	34
Figur 1.17 Antal kontaktdage i det somatiske sygehusvæsen i året	35
Figur 1.18 Kontaktdage pr. patient, fordelt på aldersgrupper, udvalgte år	36

Figur 1.19	Dekomponering af vækst i antal kontaktdage ift. 2007	37
Figur 1.20	Udvikling i antal personer opereret eller behandlet for kræft, 2007 til 2022	38
Figur 1.21	Relativ etårs kræftoverlevelse i pct., 2007-2009 til 2019-2021	39
Figur 1.22	Relativ femårs kræftoverlevelse i pct., 2007-2009 til 2019-2021	40
Figur 1.23	Dødelighed for kræft og hjertesygdomme, køns- og aldersstandardiseret, 2007 til 2022	41
Figur 1.24	Ventetid til operation, 2007-2022	42
Figur 1.25	Andel overholdte udredningsforløb i somatikken, 2017-2022	42
Figur 1.26	Produktivitetudvikling år til år, 2003-2018	43
Boks 1.4	Sundhedsstyrelsens vurdering af prioritering og specialeplanlægning	44
Figur 1.27	Antal afdelinger pr. patient, hvor patienten har mindst én kontakt uanset type (alle kontakttyper), fordelt på aldersgrupper, alle kontakttyper, 2022	45
Figur 1.28	Andel af hver regions samlede produktionsværdi solgt til andre regioner, 2007-2022	47
Figur 1.29	Selvforsyningsgrad somatikken, produktionsværdi, 2007-2022	48
Tabel 1.6	Fordeling af offentlig ansatte sygehuslæger pr. indbygger, indekseret i forhold til landsplan, 2023	48
Figur 1.30	Fordeling af sygehuslæger pr. region målt i forhold til aktivitet, 2023	49
Figur 1.31	Læger pr. kontaktdag i Region Hovedstaden, Indeks	50
Tabel 1.7	Fordeling af offentlig ansatte sygehuslæger pr. indbygger, indekseret i forhold til landsplan, 2023	50

Kapitel 2: Det kommunale sundhedsområde og nærliggende områder

Boks 2.1	Metode for analyse af snitflader for udvalgte kommunale indsatser	57
Figur 2.1	Andelen af personer, der får kommunal sygepleje efter sundhedslovens § 138, som samme år modtager udvalgte kommunale indsatser efter serviceloven eller har kontakt med det regionale sygehusvæsenet (pct.), 2019	60
Figur 2.2	Andelen af personer, der får personlig hjælp og pleje eller hjælp til praktiske opgaver i hjemme efter servicelovens § 83, stk. 1, nr. 1-2 (hjemmepleje) eller tidsafgrænset rehabilitering efter servicelovens § 83 a, som samme år modtager kommunal sygepleje, udvalgte kommunale ydelser efter serviceloven eller har kontakt med det regionale sygehusvæsenet (pct.), 2019	67
Figur 2.3	Andelen af personer, der får forebyggende hjemmebesøg efter servicelovens § 79 a, som samme år modtager kommunal sygepleje, udvalgte kommunale indsatser efter serviceloven eller har kontakt med det regionale sygehusvæsenet (pct.), 2019	69
Figur 2.4	Andelen af personer, der får enten genoptræning eller vedligeholdelsestræning efter serviceloven som samme år modtager sygepleje, udvalgte kommunale indsatser efter serviceloven eller har kontakt med det regionale sygehusvæsenet (pct.), 2019	70
Figur 2.5	Andelen af personer, der får socialpædagogisk støtte efter servicelovens § 85, som samme år modtager sygepleje, udvalgte kommunale indsatser efter serviceloven eller har kontakt med det regionale sygehusvæsenet (pct.), 2019	72
Figur 2.6	Det kommunale sundhedsområde og udvalgte nærliggende områder ud af kommunens samlede servicedriftsudgifter (mia. kr.), 2022	78
Figur 2.7	Udgifter til det kommunale sundhedsområde og udvalgte nærliggende områder fordelt på indsatser (mia. kr.), 2022	78

Figur 2.8 Fuldtidspersoner ansat på det kommunale sundhedsområde og udvalgte nærliggende områder, 2023	81
Figur 2.9 Antal sygeplejersker ansat i kommunen pr. 1.000 personer på 67 år eller derover, 2023	82
Figur 2.10 Antal social- og sundhedsmedarbejdere ansat i kommunen pr. 1.000 personer på 67 år eller derover, 2023	82
Figur 2.11 Fuldtidspersoner ansat på det kommunale sundhedsområde og udvalgte nærliggende områder fordelt på indsatser og stillingsbetegnelser m.v. i 2023	83
Figur 2.12 Udvikling i sundhedspersonale ansat på hele det kommunale sundheds-, ældre-, og voksensocialområde, 2010-2023	84

Kapitel 3: Psykiatri

Figur 3.1 Tilbud til mennesker med psykiske lidelser på tværs af centrale aktører	88
Figur 3.2 Udviklingen i andelen af offentlige sygehusudgifter til psykiatri, løbende priser, mio. kr.	93
Figur 3.3 Udgifter pr. patient i psykiatrien og somatikken i perioden 2010 til 2022, 2021-priser	93
Figur 3.4 Udvikling i udvalgte personale ansat i psykiatri i perioden 2010-2023 (september)	94
Tabel 3.1 Fordeling af læger i psykiatrien, privatpraktiserende med speciale i psykiatri og ydernummerpsykologer pr. indbygger indekseret i forhold til landsplan, 2023	95
Figur 3.5 Normerede psykiatriske sengepladser i perioden 2007 til 2022, årligt gennemsnit	96
Figur 3.6 Voksne med kontakt til den regionale psykiatri i perioden 2009-2022	97
Figur 3.7 Børn og unge med kontakt til den regionale psykiatri i perioden 2009-2022	97
Figur 3.8 Udvikling i psykiatriske ambulante ophold (offentlig og privat) i perioden 2007-2022	98
Figur 3.9 Udvikling i psykiatriske indlæggelser (offentlig og privat) i perioden 2007-2022	98
Tabel 3.2 Udvikling i den prævalente population pr. 100.000 personer i perioden 2009-2023, opdelt på diagnosegrupper	99
Figur 3.10 Udviklingen i overholdelse af udredningsretten i børne- og ungespsykiatrien fra 2020 til 2022	101
Figur 3.11 Udviklingen i overholdelse af udredningsretten i voksenpsykiatrien fra 2020 til 2022	101
Figur 3.12 Udviklingen i bæltefikseringer i psykiatrien i perioden 2014 til 2022	102
Figur 3.13 Udviklingen i akutte psykiatriske genindlæggelser i perioden 2014 til 2022	102
Figur 3.14 Udviklingen overdødelighed for borgere med udvalgte psykiske lidelser fra 2014 til 2022	103

Kapitel 4: Det almenmedicinske tilbud

Boks 4.1 Tre roller og funktioner i det almenmedicinske tilbud	107
Boks 4.2 Sygeforsikringens gruppeinddeling	108
Boks 4.3 Lægedækningstruede områder	109
Boks 4.4 Vedtagelse af overenskomst om almen praksis	110
Tabel 4.1 Sammenligning af almenmedicinske tilbud i Danmark og sammenlignelige lande	113
Boks 4.5 Kronikerhonoraret	117
Tabel 4.2 Praksisformer i almenmedicinske tilbud	119

Figur 4.1	Udvikling i antal praksis: kompagniskaber og solopraksis: 2017-2022	120
Figur 4.2	Udvikling i patienter tilknyttet hhv. kompagniskaber og solopraksis: 2017-2022	120
Tabel 4.3	Praksisform opgjort på antal praksis og tilmeldte patienter (2022)	121
Tabel 4.4	Antal og andel praksis fordelt på praksisformer og region (2022)	122
Figur 4.3	Udvikling i antal sygehusophold og kontakter til den alment praktiserende læge pr. 1.000 borgere, fordelt på sygehuse og alment praktiserende læger, indeks (2009=100)	123
Figur 4.4	Udvikling i antal læger på sygehuse og alment praktiserende læger, indeks (2003=100)	123
Figur 4.5	Udviklingen i personalesammensætningen i almenmedicinske tilbud (antal personer)	124
Figur 4.6	Lægedækningstruede områder, 2021-2024	125
Boks 4.6	Fasttilknyttede læger på plejehjem	127
Figur 4.7	Andel respondenter i klynger, som angiver, at de er meget tilfredse/tilfredse	128
Figur 4.8	Samlet patienttilfredshed fordelt på praksistyper, ikke lægedækningstruede klynger	129
Figur 4.9	Samlet patienttilfredshed fordelt på praksistyper, lægedækningstruede klynger	129
Boks 4.7	Tovholderfunktionen i almenmedicinske tilbud	130
Tabel 4.5	Overenskomstens regler om tilgængelighed og åbningstider	131
Figur 4.10	Praksislægers tidsforbrug fordelt på opgavetyper	133
Figur 4.11	Antal sygdomsvægtede borgere pr. lægekapacitet, pr. 1 januar 2023	134
Figur 4.12	Faktisk brutto- og kronikerhonorar pr. lægekapacitet fordelt efter antal sygdomsvægtede borgere pr. lægekapacitet, 2023	136
Figur 4.13	Andel af dimensionerede hoveduddannelsesforløb, der bliver besat	137
Kapitel 5: Praktiserende speciallæger		
Figur 5.1	Andel lægekapaciteter i speciallægepraksis fordelt på praksistype	143
Figur 5.2	Fordeling af ydernumre og lægekapaciteter på medicinske specialer	145
Figur 5.3	Fordeling af ydernumre mellem regioner	145
Figur 5.4	Variation i antallet af speciallæger	146
Kapitel 6: Den øvrige praksissektor		
Tabel 6.1	Praksissektorens offentligt finansierede opgaver og økonomi	151
Figur 6.1	Regional kapacitetsfordeling i den øvrige praksissektor, 2023	152
Figur 6.2	Regional kapacitetsfordeling i den øvrige praksissektor pr. 100.000 borgere, 2023	152
Kapitel 7: Styring af sektorernes samspil		
Tabel 7.1	Anvendte styringsinstrumenter i sundhedsvæsenet for påvirkning af for sektorernes samspil, opdelt efter type	154

Kapitel 8: Digitalisering og data

Tabel 8.1 Beskrivelse af centrale digitaliserings- og dataorganisationer i sundhedsvæsenet	165
Boks 8.1 IT-ressourcer og eksterne IT-budgetter	174
Boks 8.2 Barrierer i den nuværende organisering af indenfor digitaliserings- og dataområdet	174
Boks 8.3 Kanalstrategi for datadeling i sundhedsvæsenet	175
Boks 8.4 COVID-19-pandemien – det gode eksempel på stor eksekveringskraft ved fælles prioritering	177
Boks 8.5 Potentiale og udfordringer ved nye teknologier, fx kunstig intelligens og sprogmodeller	179

Kapitel 9: Regionernes øvrige opgaver

Tabel 9.1 Regionernes bruttodriftsudgifter til øvrige opgaveområder 2023 (mio. kr.)	188
---	-----

Kapitel 10: Private sundhedsforsikringer

Figur 10.1 Antallet af sundhedsforsikrede, 2003-2022	190
Figur 10.2 Antal medlemmer af Sygeforsikringen "danmark" pr. medlemsgruppe, 2023	191
Figur 10.3 Fordeling af antal forsikringsordninger på forsikringstager	193
Figur 10.4 Antal personer, som har anvendt forsikringen, fordelt på områder (pct.)	194
Figur 10.5 Samlede udgifter til sundhed opdelt på finansieringskilde, 2022	196
Tabel 10.1 Udgifter fordelt på aktører, mio. kr. (pl-2022)	197
Figur 10.6 Sundhedsudgifter ved fysioterapeut, kiropraktor, psykolog m.v., 2022	197
Figur 10.7 Sundhedsforsikringsudgifter til operationer og psykologer, fysioterapi m.v.	198
Boks 10.1 Eksempel på attestnøgle – FP 710 – Sundhedsforsikringsattest	199
Tabel 10.2 Beskæftigelse for speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri	203

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

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

www.ism.dk