



Faglig bæredygtighed som grundlag for sundhedsplanlægning



Udarbejdet for Sundhedsstrukturkommissionen

Indholdsfortegnelse

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

1. Sammenfatning

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

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

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

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

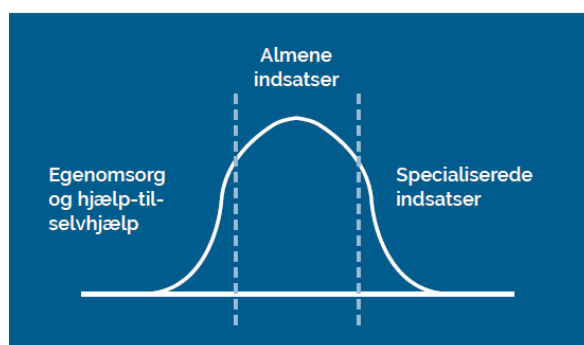
I faglig bæredygtighed indgår flere faktorer, som dækker over indbyrdes modsatrettede hensyn og dermed ikke altid giver entydige svar på, hvor og under hvilke forhold forskellige opgaver skal løses. Imidlertid kan nogle principper og en sammenvejning af de væsentligste hensyn vise, hvordan en balanceret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

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

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

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

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



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

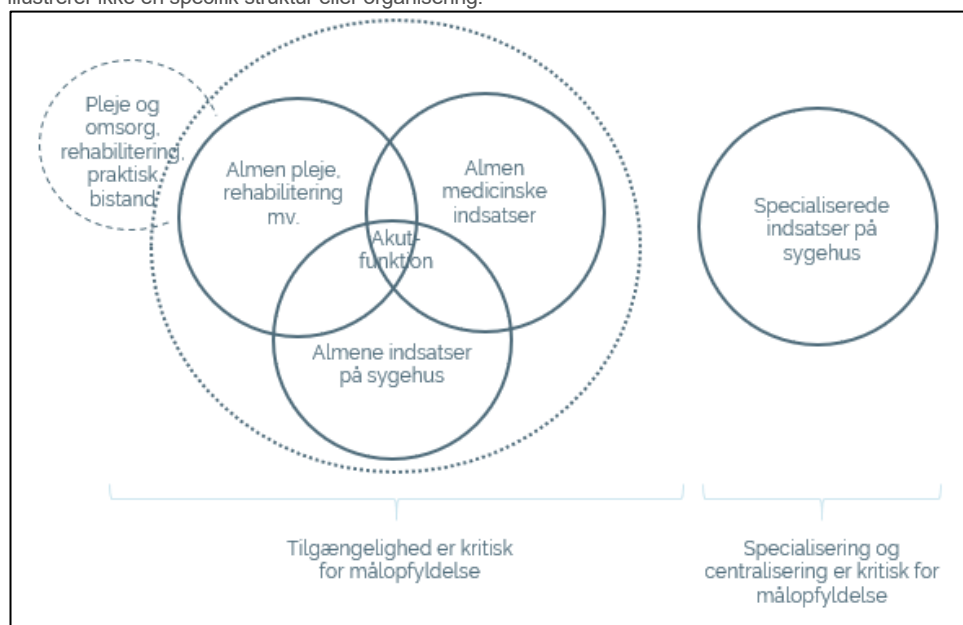
- Generelle befolkningsbehov, som kan varetages af borgeren selv, har *karakter af egenomsorg og hjælp-til-selvhjælp* med nem mulighed for opskalering af hjælpen. Her er også tilgængelighed sammen med sundhedskompetence og let adgang til tilbud og værktøjer væsentlige hensyn.
- Udbredte befolkningsbehov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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

2. Introduktion

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

Nogle af sigtelinjerne i kommissoriet for kommissionens arbejde er:

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

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

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

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

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

3. Baggrund

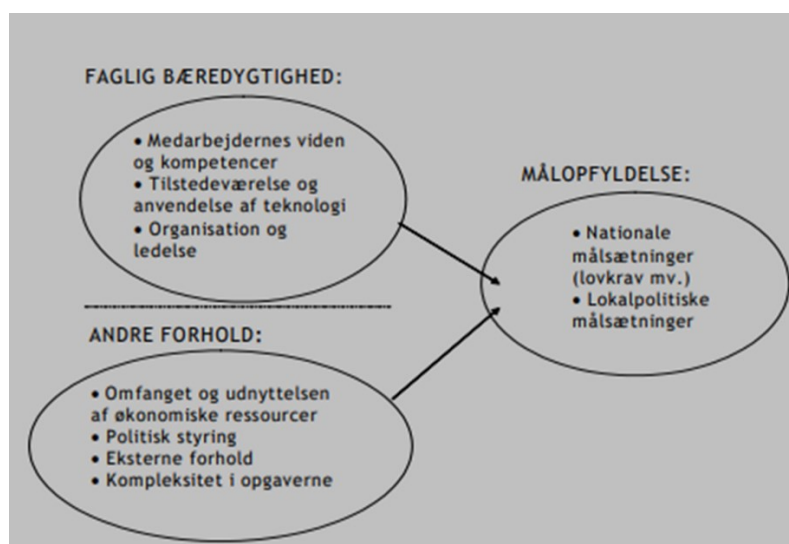
3.1. Begrebet faglig bæredygtighed

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

3.2. Sundhedsvæsenets udvikling siden strukturreformen 2007

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

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

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

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

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

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

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

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

³ [Gældende specialeplan - Sundhedsstyrelsen](#)

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

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

4. Sundhedsvæsenets udfordringer nu og i fremtiden

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

4.1. Specialisering og centralisering

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

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

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

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

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

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

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

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

⁴ Anbefalinger for organisering af udrednings- og behandlingsenheder for demens

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

4.2. Opgaver med mindre specialisering i det primære sundhedsvæsen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.3. Ulighed i sundhed

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

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

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

4.4. Mangel på generalistkompetencer

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

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

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

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

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

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

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

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

4.5. Mangel på arbejdskraft

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

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

4.6. Kapacitetsproblemer

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

¹⁹ [Robusthedskommissionens anbefalinger_samlet_rapport.pdf \(sum.dk\)](#)

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

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

²¹ Eftersyn af sygehusvæsenet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2023

5. Forudsætninger for faglig bæredygtighed

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

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

5.1. Interne forudsætninger for faglig bæredygtighed

Medarbejdernes viden og kompetencer

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

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

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

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

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

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

Volumen

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

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

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

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

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

Tilstedeværelse og anvendelse af teknologi

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

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

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

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

Organisation og ledelse

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

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

²³ Analyse af kompetencemangel i sundhedsvæsenet, Implement, 2023.

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

5.2. Andre forhold, der påvirker mulighederne for målopfyldelse

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

Tværgående ledelse og organisering

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

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

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

²⁴ Rapport om sundhedsklyngerne udarbejdet af Implement, upubliceret.

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

Efterspørgsel

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

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

Kompleksitet i opgaverne

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

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

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

5.3. Målopfyldeelse

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

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

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

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

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

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

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

6. Faglig bæredygtighed og sundhedsplanlægning

6.1. Principper for sundhedsplanlægning

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.2. Ny retning for sundhedsplanlægning

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

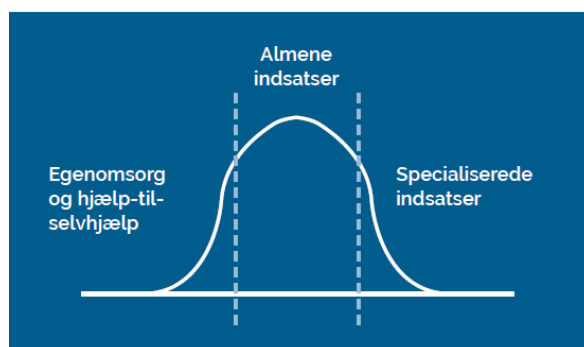
I den sammenhæng er det væsentligt med et helhedsblik på sundhedsplanlægningen så den omfatter alle opgaver i sundhedsvæsenet. Det vil sige opgaver fra alle sektorer; sygehuse, praksissektor og kommunale sundhedsopgaver. Det er særligt vigtigt, når opgaver og ansvar skal flyttes fra en aktør til en anden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

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

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

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

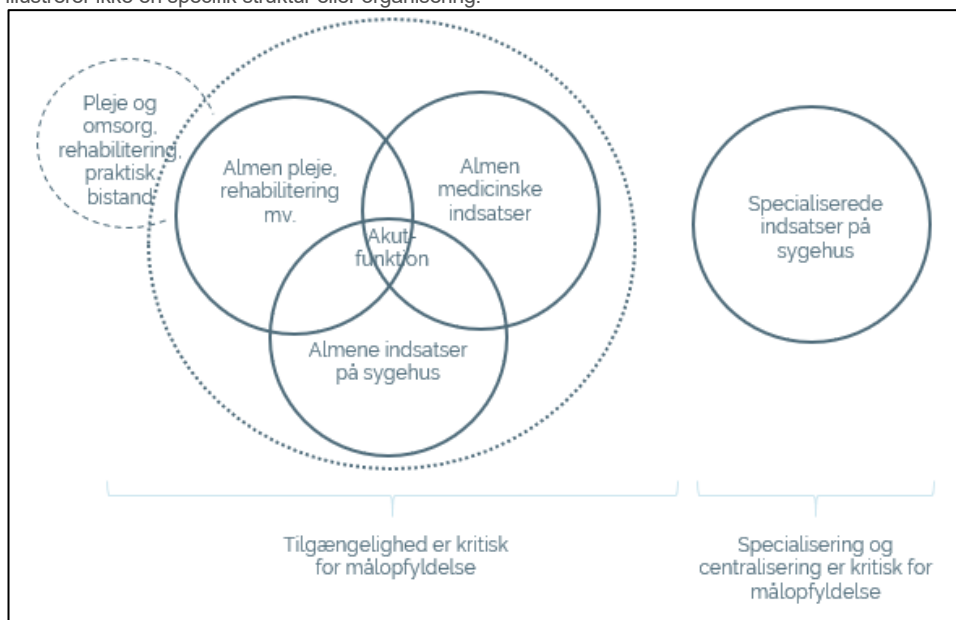
Figur 1. Illustration af fordelingen af indsatser til egenomsorg, almene indsatser og specialiserede indsatser.



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

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

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



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

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

Almene niveau

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

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

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

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

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

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

Specialiseret niveau

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

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

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

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

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

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk