



SUNDHEDSSTYRELSEN

Muligheder og forudsætninger for omstilling til det primære sundhedsvæsen

Analyse for Sundhedsstrukturkommissionen

Sundhed for alle ♥+●

Muligheder og forudsætninger for omstilling til det primære sundhedsvæsen

Analyse for Sundhedsstrukturkommissionen

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

© Sundhedsstyrelsen, 2024.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

Foto: Sundhedsstyrelsen

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

www.sst.dk

Indholdsfortegnelse

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

1. Resumé

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Introduktion

2.1. Formål

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

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

I analysen besvares to overordnede spørgsmål:

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

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

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

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

⁸ Under udarbejdelse

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

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

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

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

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

I denne sammenhæng anvendes betegnelserne som følger:

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

2.2. Betingelser for sundhedsvæsenet

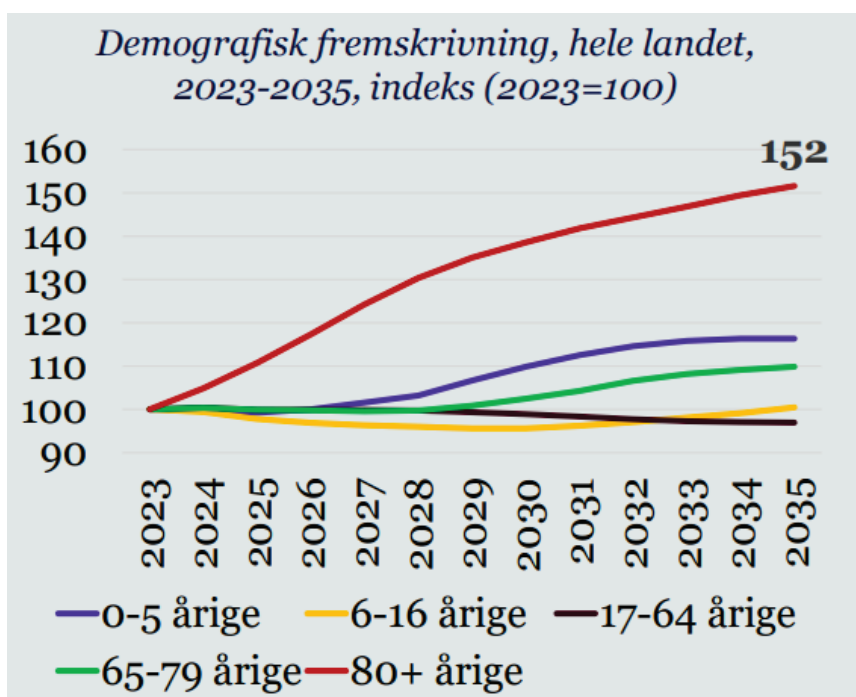
Demografisk udvikling

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

¹³ Faglig ramme for etablering af nærhospitaler, Sundhedsstyrelsen, 2022

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

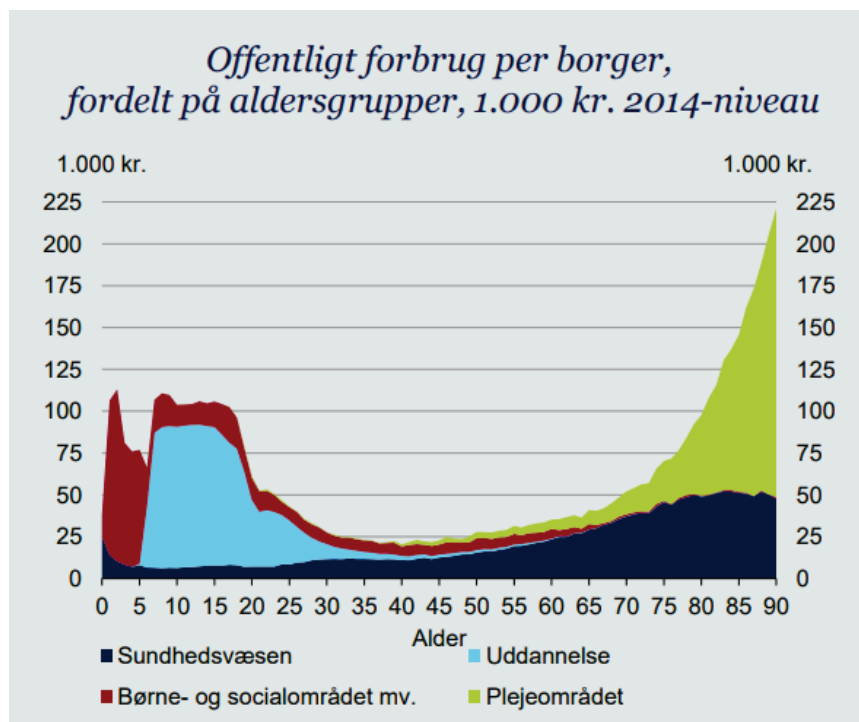
Danmark vil i de kommende år se en ændret demografi, hvor antallet af ældre forventes at stige. Befolkningsfremskrivninger viser, at i 2035 forventes befolkningsgruppen over 80 år at udgøre en langt større del af befolkningen sammenlignet med i dag (Se figur). Det skal ses i sammenhæng med, at hele befolkningen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



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

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

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



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

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

¹⁶ Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme. Sundhedsstyrelsen, 2022

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

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

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

Sygdomsbyrden i Danmark, Sundhedsstyrelsen, 2023

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

Anbefalinger for svangreomsorgen, Sundhedsstyrelsen, 2022

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

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

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

Specialisering og centralisering siden seneste strukturreform

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

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

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

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

²⁰ Robusthedskommissionens anbefalinger, Kommissionen for robusthed i sundhedsvæsenet, 2023

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

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

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

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

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

²¹ Landspatientregisteret pr. 10. marts 2023, Sundhedsdatastyrelsen

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

Personale

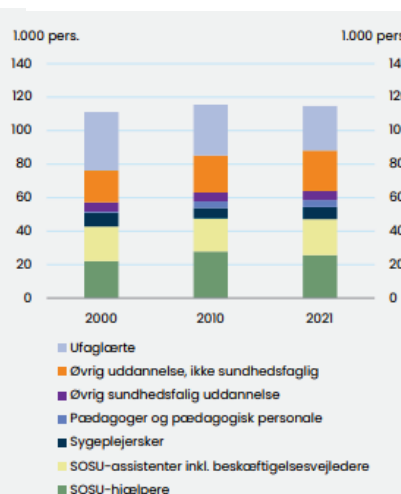
Knap 400.000 personer har deres primære beskæftigelse i sundhedsvæsenet eller på ældreområdet²³. Halvdelen er beskæftiget på sygehuse, i den kommunale sygepleje eller i praksis, og halvdelen på ældreområdet med videre.

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

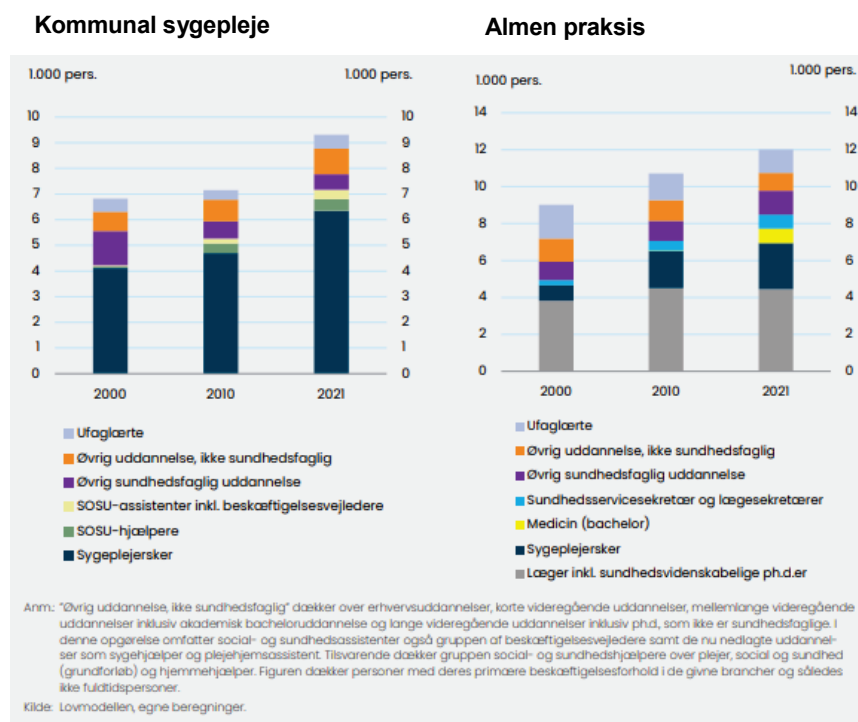
Offentlige sygehuse



Plejehjem og hjemmepleje



²³ Robusthedskommissionens anbefalinger, Kommissionen for robusthed i sundhedsvæsenet, 2023



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

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

Teknologisk udvikling

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

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

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

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

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

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

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

3. Muligheder for omstilling

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

Hovedbudskaberne er:

Vurdering af potentiale ved et omstillet sundhedsvæsen

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

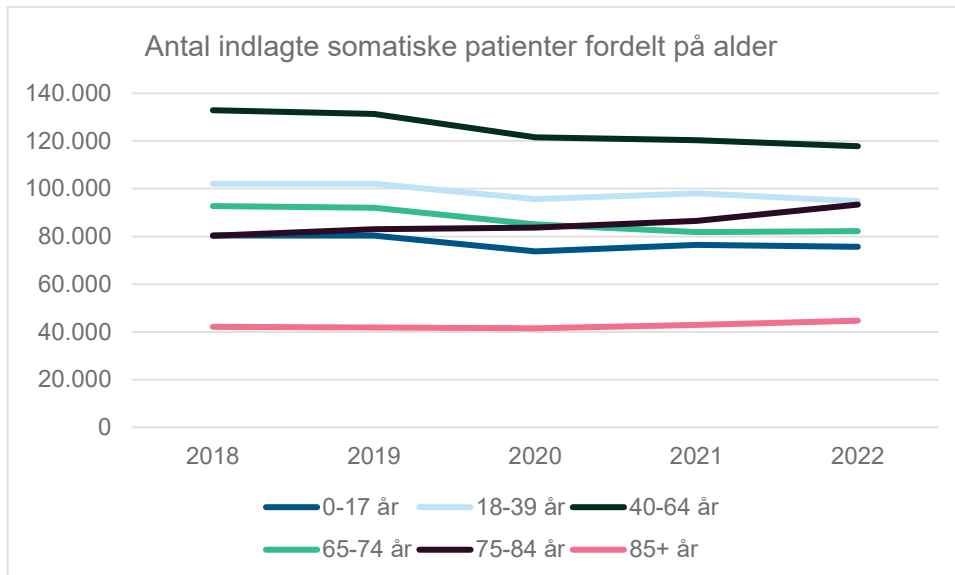
Mulighederne tager udgangspunkt i følgende fire greb:

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

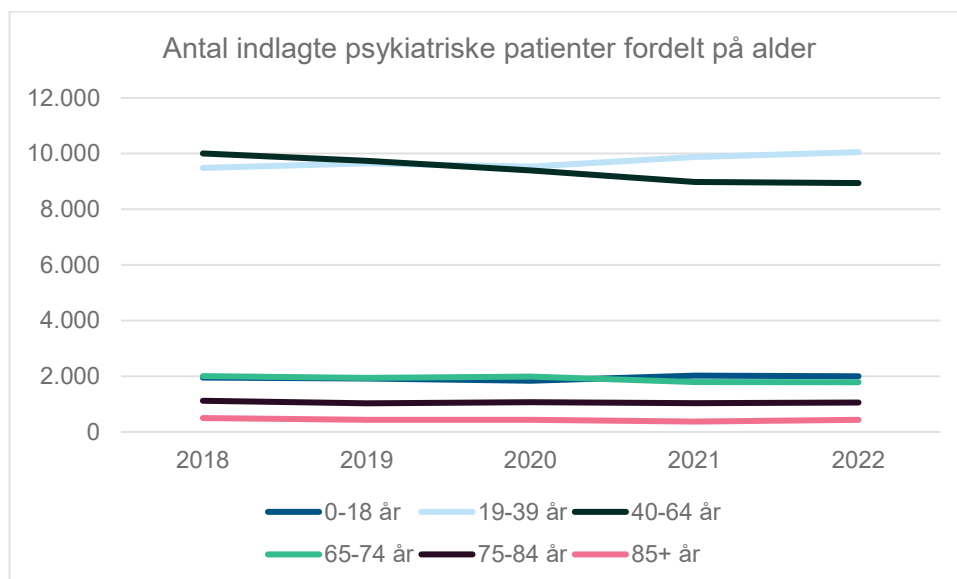
3.1. Sundhedsvæsenets kapacitet og indretning

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

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



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



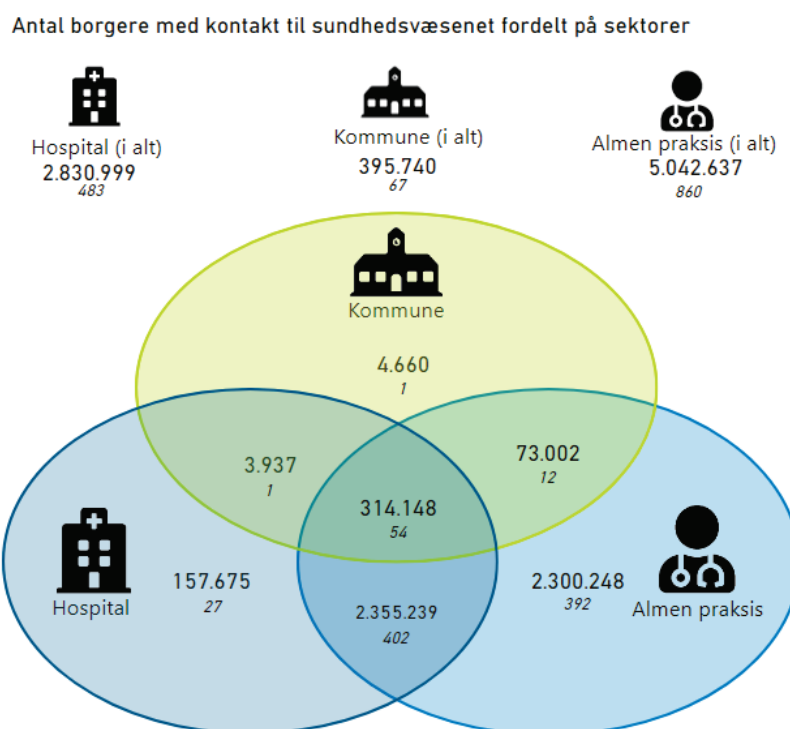
Figur 5: Antal psykiatriske indlæggelser fordelt på alder. Kilde: Sundhedsdatastyrelsen.

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

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

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

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



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

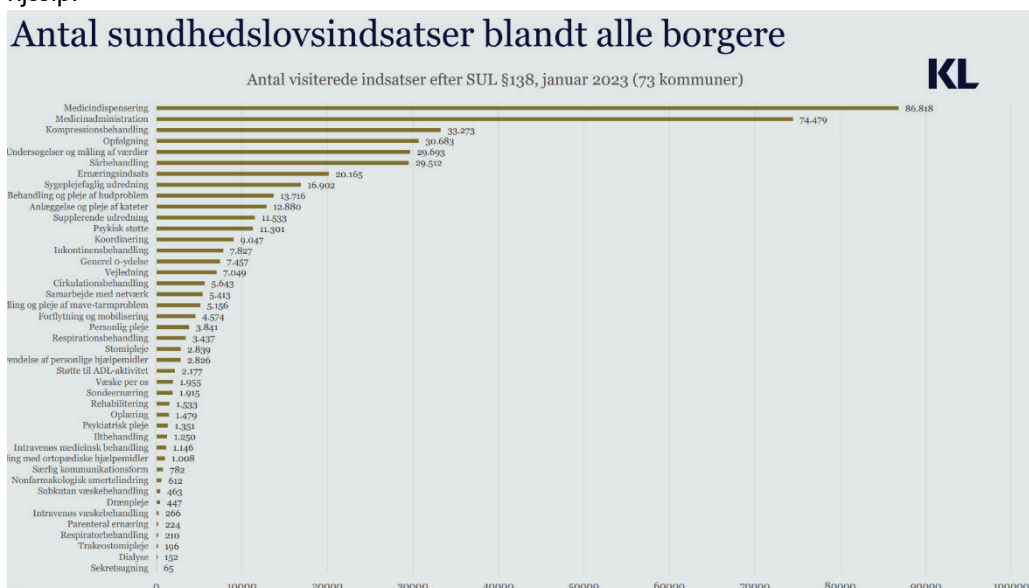
Praksissektoren omfatter sundhedstilbud, som leveres af privatpraktiserende leverandører til det offentlige inden for sundhedsområdet, herunder for eksempel de almene medicinske tilbud, speciallæger, fysioterapeuter, tandlæger med videre.

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

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

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

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



(Figur udarbejdet af KL²⁸)

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

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

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

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

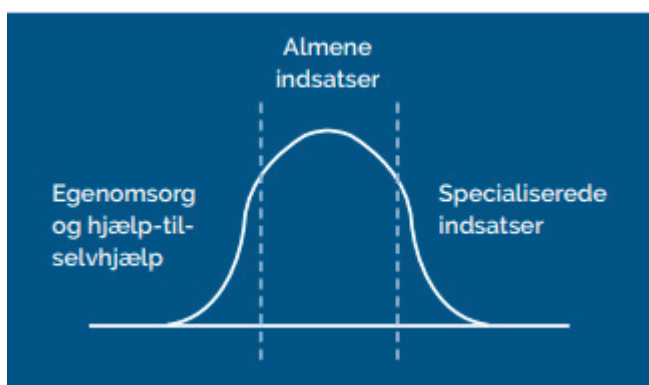
²⁸ Præsenteret ved KL's ældre- og Sundhedskonference 2023.

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

3.2. Muligheder for ændret opgaveplacering og -transformation

Principper for opgaveplacering og -transformation

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



Figur 8: Principper for placering af sundhedsvæsenets opgaver

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

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

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

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

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

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

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

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

²⁹ [Robusthedskommissionens anbefalinger](#), 2023

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Differentiering af indsatser

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

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

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

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

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

³⁵ Sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen. Sundhedsstyrelsen, 2022

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.3. Ny opgaveplacering og -løsning af sundhedsvæsenets hovedopgaver

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

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

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

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

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

3.4. Udredning og diagnostik

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

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

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

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

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

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

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

3.5. Behandling og behandlingskontrol

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

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

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

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

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

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

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

3.6. Træning, genoptræning og rehabilitering

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

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

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

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

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

3.7. Pleje og omsorg, herunder palliation

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.8. Patientrettet forebyggelse

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

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

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

⁴⁴ Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme. Sundhedsstyrelsen, 2022

4. Forudsætninger for omstilling

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

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

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

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

Vurdering af centrale forudsætninger for omstilling af sundhedsvæsenet

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

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

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

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

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

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

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

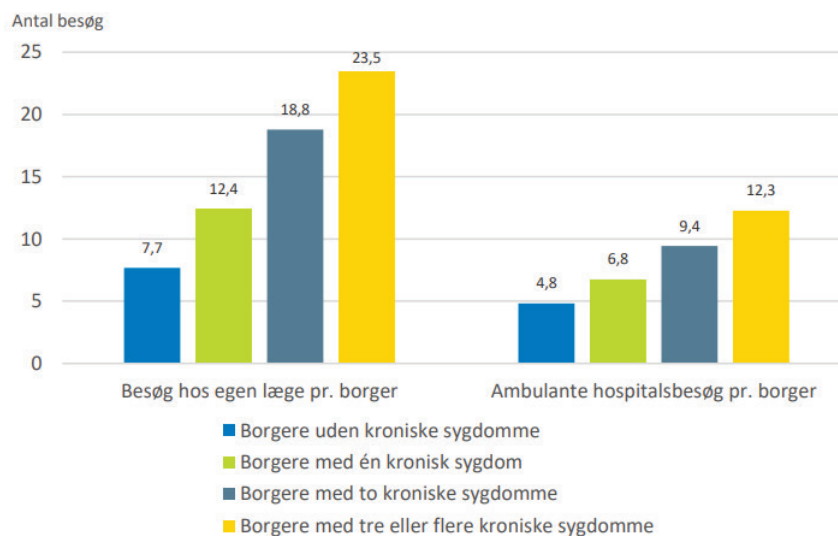
⁴⁵ Robusthedskommissionens anbefalinger, Kommissionen for robusthed i sundhedsvæsenet, 2023

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

4.2. Forebyggelse

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

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



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

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

⁴⁶ Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer. Sundhedsstyrelsen, 2022

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

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

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

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

4.3. Kompetencer

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.4. Prioritering af sundhedsindsatser

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

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

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

4.5. Strategisk sundhedsplanlægning

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.6. Bedre sammenhæng på tværs af sundhedsområdet og tilgrænsende områder

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

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

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

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

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

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

4.7. Forskning

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

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

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

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

⁵³ Forskningsstrategi for det primære sundhedsvæsen, Sundhedsstyrelsen 2022

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

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

4.8. Takt i omstillingen

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

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

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

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

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

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

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

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

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sundhed for alle ♥ + ●