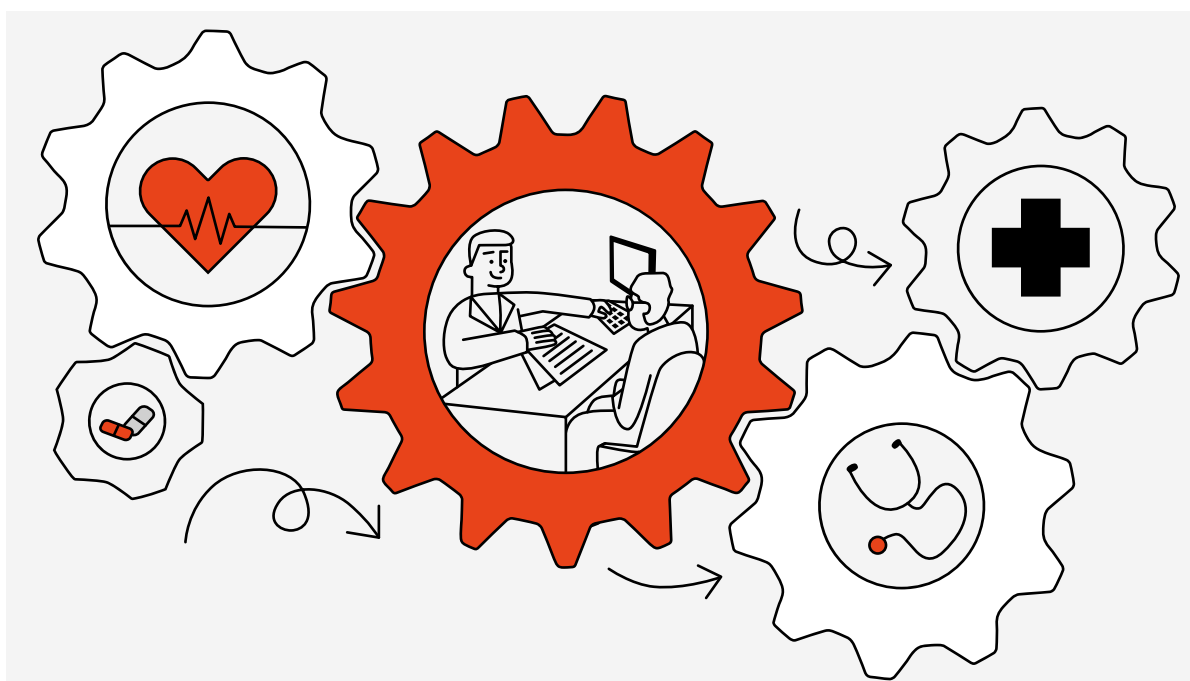


Sundhedsstrukturkommissionens tværgående anbefalinger og forslag

Anbefaling 1: ny organisering af det almenmedicinske tilbud

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler en betydelig kapacitetsudvidelse af det almenmedicinske tilbud indenfor rammerne af en ændret organisering. Formålet er, at udviklingen af det almenmedicinske tilbud afspejler patienternes stigende behov for sundhedsydelser og tilgængelighed i det primære sundhedsvæsen. Derfor skal de ansvarlige myndigheders kompetence til at påvirke udviklingen styrkes.



Forslag

1. Kapacitet og kompetencer i det primære sundhedsvæsen skal udbygges. Det kræver, at en større andel af de samlede sundhedsudgifter anvendes i det almenmedicinske tilbud.
2. De ansvarlige myndigheder skal have kompetence til at benytte forskellige klinikformer, hvor det skønnes relevant ud fra lokale forhold og behov.
3. Opgavebeskrivelsen for det almenmedicinske tilbud skal fastlægges af nationale myndigheder. Det skal ske med inddragelse af relevante faglige selskaber og ses i tæt sammenhæng med en styrket sundhedsplanlægning og styret opgaveudvikling og arbejdsdeling i sundhedsvæsenet.
4. Differentierede patienttal og honorarer skal fastlægges på baggrund af en national model, som estimerer behandlingsbehovet for patienterne i den enkelte klinik.
5. De ansvarlige myndigheders lovmæssige grundlag for at tilrettelægge samarbejdet og følge op på efterlevelsen af opgavebeskrivelsen for det almenmedicinske tilbud skal styrkes.

6. En central rammeaftale skal fastsætte økonomi, vilkår og honorarstruktur for de alment praktiserende læger, men centrale elementer reguleres fremover udenfor aftalesystemet.
7. Honorarstrukturen skal revideres med fokus på forenkling, sammenhæng mellem patienternes sundhedsbehov og honorering, styrket samarbejde med andre aktører og realisering af løbende produktivtetsgevinster.
8. En dansk model for netværksorganisering skal udvikles og udbredes, så det almenmedicinske tilbud kan møde skærpede krav til opgaver og funktioner indenfor en organisering med relativt mange mindre klinikker, bl.a. ved tværfagligt samarbejde.
9. Databaseret kvalitetsudvikling i det primære sundhedsvæsen skal styrkes markant. Det gælder bl.a. i det almenmedicinske tilbud.

Kort om baggrund

Det almenmedicinske tilbud er den primære indgang til sundhedsvæsenet for hovedparten af borgerne. En lang relation mellem patient og behandler bidrager til sammenhæng i relationen, bedre information og bedre behandling. Undersøgelser peger i retning af, at et velfungerende almenmedicinsk tilbud baseret på de principper er mere effektivt, koster mindre og har bedre kvalitet.

Patienterne, som i dag typisk modtager indsatser fra flere dele af sundhedsvæsenet, vil i mange tilfælde have størst gavn af, at behandlingen er forankret i et almenmedicinsk tilbud. Ansvar for behandling af patienter med længerevarende sygdom, der kræver løbende kontakt med sundhedsvæsenet, skal være hos det almenmedicinske tilbud. Specialister og sygehuse skal understøtte det almenmedicinske tilbud med vurdering af mere komplicerede problemstillinger, og det almenmedicinske tilbud skal have let adgang til nødvendige diagnostiske undersøgelser med kort ventetid. På den måde kan indsatsen foregå tættere på borgerens hjem og være helhedsorienteret, da den almenmedicinske læge er uddannet til at tage udgangspunkt i borgerens samlede livssituation, ønsker, netværk og ressourcer.

Den nuværende organisering af det almenmedicinske tilbud indeholder en række svagheder, som en ny organisering bør adressere. I dag fastlægges opgavebeskrivelsen indenfor en ramme, hvor resultatet skal godkendes ved afstemning af klinikkerne. Det understøtter ikke gennemførelsen af den nødvendige opgaveudvikling. Herudover medfører mange selvstændige enheder uden forpligtende opgavebeskrivelse, at det almenmedicinske tilbud vanskeligt kan indgå i forpligtende tværsektorsamarbejde. Endelig understøttes en fordeling af ressourcerne ud fra opgavetyngde ikke i tilstrækkeligt omfang.

Anbefaling 2: Ny organisering af arbejdet med digitalisering og data

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at der etableres en ny organisering af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet. En ny organisering skal være med til at sikre større national beslutnings- og eksekveringskraft og fælles prioritering og retning for digitalisering og brug af data i sundhedsvæsenet. Det er nødvendigt for, at bedre brug af digitale løsninger og data kan bidrage til at skabe et sammenhængende sundhedsvæsen præget af nærhed, tilgængelighed og bæredygtighed. En ny organisering er derfor også et middel til at skabe bedre forudsætning for den lokale opgaveløsning tættere på borgerne.



Forslag

1. Der skal udarbejdes én styrende og forpligtende strategi for digitalisering og data, som dækker hele sundhedsvæsenet. Mandatet til udarbejdelsen af strategien ligger i staten, men det skal ske i tæt samarbejde med relevante aktører og de ansvarlige for driften af sundhedsvæsenet. Strategien skal være tæt koblet til sundhedsvæsenets behov og målsætninger for den samlede omstilling.
2. Der skal etableres en national planlægningskompetence for digitalisering og data i sundhedsvæsenet. Den nationale planlægningskompetence er baseret på en lovhjemmel, så det bindende kan fastsættes, hvilke digitale løsninger der udvikles og udbredes nationalt, og hvilke løsninger der kan udvikles lokalt.
3. Der skal etableres en fælles, national service- og leveranceorganisation (Digital Sundhed Danmark) for hele sundhedsvæsenet. Organisationen får ansvar for fælles digitale løsninger, som er rettet mod borgerne og den sundhedsfaglige opgavevaretagelse, og for en fælles digital infrastruktur på tværs af sundhedsvæsenet. Organisationen skal samtidig understøtte innovation og samle drift af større IT-fagsystemer.
4. Finansiering af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet skal understøtte realiseringen af kommissionens øvrige tre forslag til en ny organisering af arbejdet med digitalisering og data.

Kort om baggrund

Danmark er et af de førende lande, hvad angår digitalisering og brug af data i sundhedsvæsenet. Samtidig er borgerne blandt de mest digitale i verden. En digital transformation er derfor en naturlig og central forudsætning for at fremtidssikre sundhedsvæsenet, og endnu større og bedre brug af digitale løsninger og data kan være med til at skabe et mere sammenhængende sundhedsvæsen præget af nærhed, tilgængelighed og bæredygtighed.

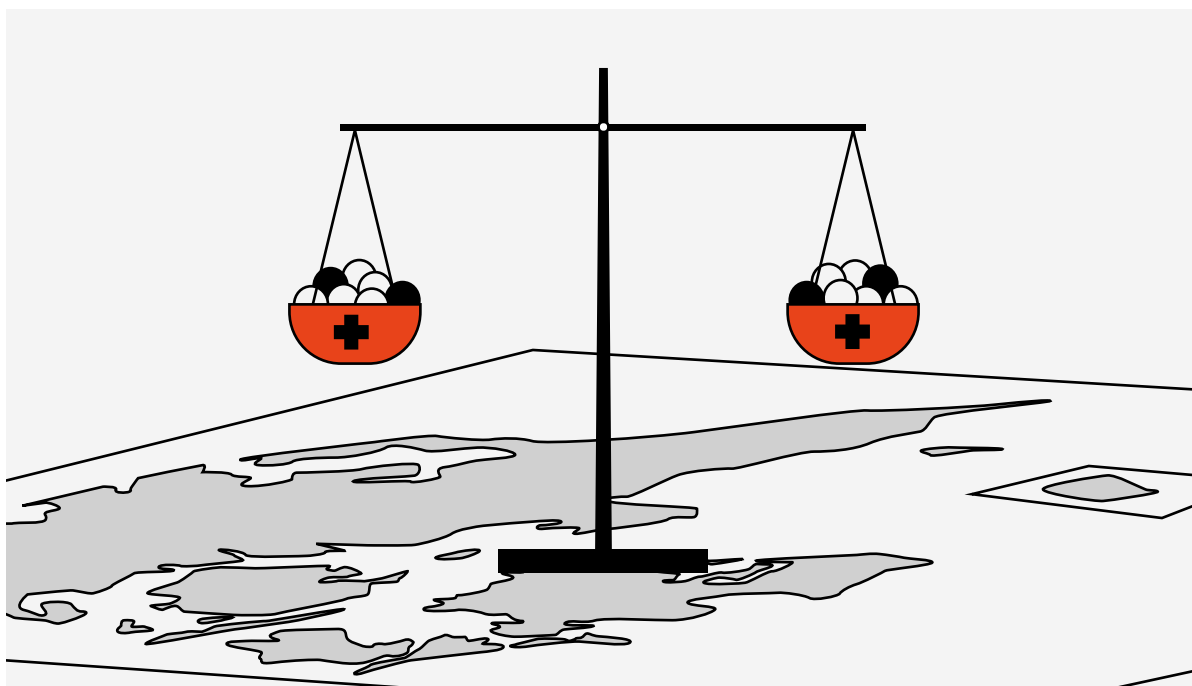
Med det stigende antal ældre borgere, borgere med kronisk sygdom og borgere med multisygdom, som har regelmæssige kontakter på tværs af sundhedsvæsenets sektorer, stiger behovet for at sikre sammenhæng i sundhedsvæsenets tilbud og indsatser. Kombineret med det tiltagende pres på sundhedsvæsenet og manglen på medarbejdere i årene fremover ses et potentiale i større og bedre brug af digitale løsninger og data. Det kan bl.a. bidrage til bedre integration på tværs af sektorer og specialer, mere fleksibel brug af ressourcer, kompetencer og specialistviden, understøtte medarbejderne i deres arbejde og øge lighed i sundhed. Herudover vil større og bedre brug af digitale løsninger og data bidrage til mere effektiv ledelse og til løbende og kvalificeret udvikling af sundhedsvæsenet.

Meget tyder på, at mange borgere er klar til at bruge de digitale løsninger. Borgerne forventer fx, at sundhedsvæsenet deler og bruger relevante data om dem som led i behandlingsforløb, så de ikke selv skal være bærere af informationen, og vigtig viden ikke går tabt. Teknologien muliggør en omstilling af sundhedsvæsenet. Et skift fra at levere ydelser på sundhedsvæsenets fysiske matrikler til i højere grad at levere ydelser fra det samlede sundhedsvæsen. Som helt eller delvist møder borgeren, hvor vedkommende er, med samme høje kvalitet uafhængig af geografi.

I dag arbejder en lang række organisationer med digitalisering, data og andre teknologiske løsninger på tværs af sundhedsvæsenet. Men den eksisterende organisering af arbejdet er ikke tilstrækkelig til at realisere den nødvendige digitale transformation af sundhedsvæsenet og udnytte potentialet ved digitalisering og data til at fremtidssikre sundhedsvæsenet. For det første bærer den nuværende organisering præg af, at der mangler beslutnings- og eksekveringskraft og fælles prioritering. For det andet har flere af sundhedsvæsenets aktører ikke de rette forudsætninger for at varetage udvikling, implementering og drift af teknologiske løsninger. For det tredje mangler der strukturer og incitamenter for udbredelse af nye digitale løsninger og datadrevne teknologier. For det fjerde er sundhedsvæsenet i dag præget af stor afhængighed af leverandører og en fragmenteret IT-arkitektur, som udfordrer sammenhæng, implementeringstempo og omkostningsniveau i digitaliserings- og dataindsatsen.

Anbefaling 3: tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at der udarbejdes en national sundhedsplan, som skal sætte en strategisk retning for tiltag, der sikrer tilpasning af ressourcefordelingen mellem både det primære sundhedsvæsen og sygehusene og geografisk på tværs af landet. Formålet er at sikre en mere hensigtsmæssig balance mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen, som skal muliggøre den ønskede omstilling af sundhedsvæsenet, hvor flere borgere har forløb i det primære sundhedsvæsen. Formålet er også at understøtte, at borgere i alle dele af landet har adgang til relevante sundhedstilbud og dermed nedbringe den geografiske og sociale ulighed i sundhed.



Forslag

1. Ressourcefordelingen mellem det primære sundhedsvæsen og sygehusene skal tilpasses. Det indebærer en styrket prioritering af det primære sundhedsvæsen, som ledsages af en tilsvarende reduceret vækst for sygehusene. Sygehusene skal samtidig have en stærkere rolle i at understøtte udviklingen af det primære sundhedsvæsen.
2. Fordeling af læger geografisk og på tværs af sygehuse og det primære sundhedsvæsen skal tilpasses. Forslaget indebærer en incitamentsmodel i form af et vækstloft for sygehuslæger indenfor udvalgte geografiske områder og eventuelt specialer, som skal understøtte, at flere læger søger mod sygehuse udenfor de store byer.
3. Kvalitetsstandarder skal udvikles mod at kunne gå på tværs af sektorer, stille krav til samarbejde i det primære sundhedsvæsen og styrke monitorering og eventuelt kombinere kravene med økonomiske incitamenters.
4. Styring af den lægelige videreuddannelse skal styrkes, og medicinuddannelsen skal tilpasses. Forslaget indebærer bl.a., at uddannelseslæger skal bruge en større del af deres uddannelsesforløb udenfor universitetshospitalerne i de større byer, og der skal være et større fokus på faglig bredde og generalistkompetencer i speciallægeuddannelsen. Dimensioneringen af medicinuddannelsen skal understøtte en hensigtsmæssig vækst af læger fremover, og uddannelsen skal i højere grad fokusere på de almene sundhedsindsatser.

5. Sundhedsfaglig forskning skal i højere grad målrettes sundhedstjenesteforskning med udgangspunkt i det primære sundhedsvæsen og i mindre grad specialiserede indsatser på sygehusene. Ph.d.-forløb skal i højere grad besættes af andre sundhedsfaglige grupper end læger.
6. Styring af det højt specialiserede sygehusområde skal ændres, så de sygehusansvarlige myndigheder får redskaber til at sikre et balanceret ressourceforbrug på tværs af det specialiserede og almene sygehusområde.
7. Sundhedscentre (fleksible og innovative tilbud) skal styrke det primære sundhedsvæsen og skabe rammer for bedre sammenhæng og samarbejde lokalt.

Kort om baggrund

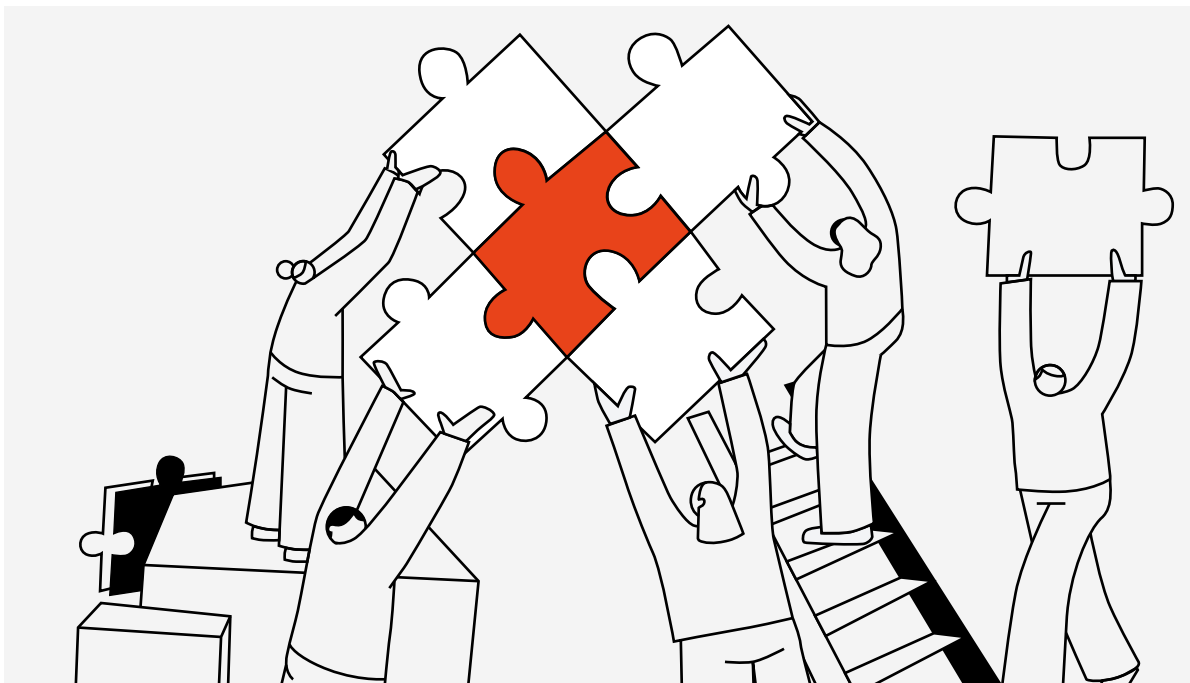
Der er tilført betydelige ressourcer til det danske sundhedsvæsen siden 1990'erne. Sammenlignet med andre lande bruges en større andel af sundhedsudgifterne i Danmark til at drive det sekundære sundhedsvæsen (sygehuse og speciallægetilbud) fremfor det primære sundhedsvæsen (almenmedicinske tilbud, øvrig praksissektor og kommuner).

Ændringer i befolkningssammensætning og sygdomsmønster betyder, at mange flere borgere i fremtiden vil have gavn af at blive behandlet i det primære sundhedsvæsen. Sundhedsstyrelsen peger på et betydeligt potentiale for omstilling ved at øge andelen af aktiviteter i det primære sundhedsvæsen. Det hviler bl.a. på en reduktion af aktiviteter uden reel sundhedsmæssig værdi, opgaveflytning og transformation af aktiviteter fra det sekundære sundhedsvæsen til det primære sundhedsvæsen. En tilpasset fordeling af ressourcerne skal understøtte, at flere borgere i yderområder vil opleve et mere tilgængeligt sundhedsvæsen med flere sundhedstilbud af høj kvalitet. Det omfatter både adgang til et velfungerende almenmedicinsk tilbud i hele landet og adgang til relevante specialiserede indsatser indenfor en rimelig geografisk afstand.

En tilpasset fordeling af ressourcer mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen skal afspejle et ændret behandlingsbehov. Den nuværende geografiske fordeling af ressourcer bidrager til geografisk og social ulighed i sundhed. Adgangen til sundhedstilbud er generelt bedre i de områder af landet, hvor befolkningen som helhed er sundest, mens den er dårligere i de områder, hvor sundhedsbehovet er størst. Det gælder fx adgang til almenmedicinske tilbud, hvor lægedækningen generelt er bedst i og omkring de større byer, og hvor borgerne samtidig har den bedste sundhedstilstand. Omvendt er lægedækningen udfordret i flere yderområder og udsatte boligområder, hvor sundhedstilstanden generelt er dårligere. Det er en ulighed, som risikerer at blive forstærket i de kommende år som følge af udviklingen i demografien, hvor oplands- og provinskommuner forventes at få en større andel af de ældste borgere.

Anbefaling 4: Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler ændringer af organiseringen og samarbejdet på psykiatriområdet, herunder at psykiatrien integreres organisatorisk med det samlede sygehusvæsen, for at understøtte en styrket sammenhæng for den enkelte og et løft af kvaliteten i den tværgående indsats for mennesker med psykiske lidelser.



Forslag

1. Psykiatrien skal integreres organisatorisk i det samlede sygehusvæsen, bl.a. for at sikre bedre sammenhæng for patienter med psykiske lidelser, styrke muligheden for at somatiske lidelser opdages og behandles mere effektivt hos mennesker med psykiske lidelser og sikre nemmere adgang til psykiatriske kompetencer for somatiske patienter.
2. Det tværsektorielle samarbejde om borgere med psykiske lidelser skal styrkes. Forslaget involverer krav om fasttilknyttede læger på botilbud, nationale kvalitetsstandarder for den sundhedsfaglige indsats i socialpsykiatrien og overvejelser om tværsektorielle samarbejdsfora på psykiatriområdet.
3. Udbredelse af brugen af digitale løsninger i psykiatrien skal styrkes, bl.a. for at sikre hurtigere udbredelse og bedre udnyttelse af digitale løsninger, som kan skabe bedre tilgængelighed, sammenhæng og hurtigere hjælp på rette niveau.

Kort om baggrund

Psykiatrien er en væsentlig del af det samlede sundhedsvæsen, og flere af de udfordringer, der opleves generelt i sundhedsvæsenet, gælder i høj grad i psykiatrien. Psykiatrien er dog kendetegnet ved en anden organisering end øvrige sygehusspecialer og har historisk været organisatorisk adskilt fra somatikken på sygehusene. Derudover er indsatsen i kommunerne for mennesker med psykiske lidelser typisk forankret et andet sted end sundheds- og ældreindsatsen og involverer ofte flere forvaltninger, afhængigt af den enkeltes alder og livssituation.

Kapaciteten i både behandlingspsykiatrien og i de kommunale indsatser er under pres. Stadig flere efterspørger udredning og behandling for psykiske lidelser, ligesom det stigende antal ældre borgere vil medføre, at flere udvikler demenssygdomme, som kræver samtidig behandling og støtte i forhold til at håndtere både somatiske og psykiske udfordringer. Herudover står den psykiske lidelse sjældent alene, da den ofte følges af samtidige somatiske udfordringer.

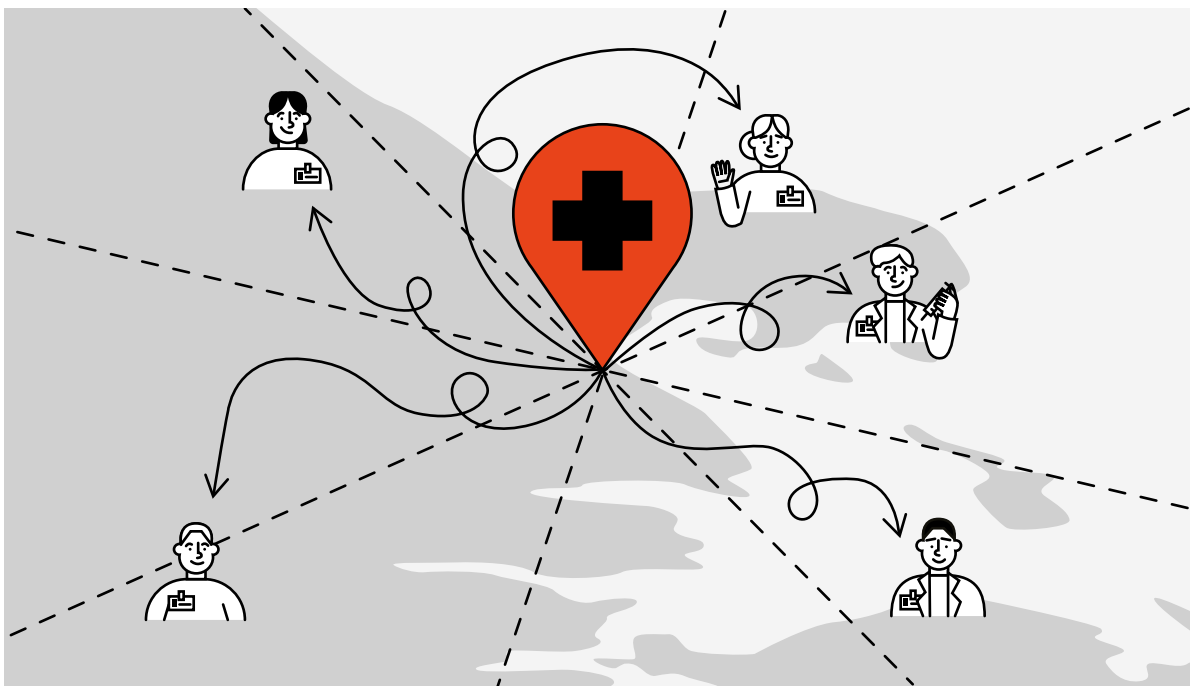
Psykiatriske patientforløb er, sammenlignet med mange forløb i det øvrige sundhedsvæsen, sjældent lineære med veldefinerede faser. Mennesker med svære psykiske lidelser har ofte behov for længevarende indsatser, og en stor del kan have vanskeligt ved selv at koordinere egne forløb og navigere rundt mellem forskellige tilbud i forskellige sektorer. Desuden ses en statistisk sammenhæng mellem psykiske lidelser og somatisk sygdom og øget dødelighed.

Der er i de senere år sket en betydelig aktivitetsstigning i den regionale psykiatri, særligt i børne- og ungdomspsykiatrien, og en stigning i antallet af mennesker med psykiske lidelser, der modtager en visiteret social indsats. Det øger behovet for løbende kapacitetsopbygning i både kommuner og regioner. På trods af, at der i perioden fra 2011 til 2021 har været en stigning på ca. 30 pct. i antallet af sundhedsfagligt personale ansat på psykiatriske sygehuse, opleves der mange steder udfordringer med at rekruttere og fastholde kompetent personale. Der er også et u hensigtsmæssigt stort antal henvisninger og tilbagehenvisninger mellem sektorerne, som medfører, at ventetiden forlænges, de administrative byrder forøges, inklusive træk på faglige ressourcer til visitationsprocesser, og tilliden mellem patient og sundhedsvæsen kompromitteres.

Gennem tiden er der iværksat en række markante initiativer og prioriteringer på psykiatriområdet. Der allerede er sket en gradvis kapacitetsopbygning på tværs af det samlede psykiatriområde, og der er og vil blive iværksat en række nye og konkrete sundheds- og socialfaglige indsatser i både kommuner, regioner og de almenmedicinske tilbud. Sektorerne er gensidigt afhængige af indsatsen hos hinanden, og der er brug for både tidlige og forebyggende indsatser, øget fokus på tidlig opsporing og social- og sundhedsfaglig støtte og behandling, der er tilpasset den enkeltes forudsætninger og behov.

Anbefaling 5: Tilpasning af rammerne for de praktiserende speciallæger

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at de organisatoriske rammer for de praktiserende speciallæger tilpasses for at understøtte en effektiv brug af de samlede speciallægerressourcer i omstillingen af sundhedsvæsenet.



Forslag

1. Planlægning af det praktiserende speciallægetilbud skal ske indenfor en styrket national ramme, som understøtter en ændret geografisk fordeling og effektiv brug af speciallægetilbuddet i det samlede sundhedsvæsen.
2. Det lovmæssige grundlag for ledelse af samarbejde med speciallægepraksis skal styrkes, og der skal ske en skærpelse af den ansvarlige myndigheds organisatoriske fokus på ledelse af samarbejde og kvalitetsudvikling.
3. Der skal skabes bedre grundlag for, fx via en fælles indgang, at patienter med størst behov prioriteres først, og der opnås en samlet set mere effektiv anvendelse af ressourcerne.

Kort om baggrund

De praktiserende speciallæger er selvstændigt erhvervsdrivende speciallæger, som varetager behandling på hovedfunktionsniveau i egne klinikker. De kan betragtes som en del af det sekundære sundhedsvæsen. Der er i dag knap 1.000 speciallægeklinikker fordelt på 15 medicinske specialer, som dækker over 910 fuldtidskapaciteter. Der er store forskelle mellem regionerne i antallet af speciallægepraksis pr. indbygger. Forskellene i fordelingen af speciallæger er også at finde på tværs af kommuner i henholdsvis Øst- og Vestdanmark. I nogle hovedstadskommuner er der seks gange så mange praktiserende speciallæger pr. indbygger som i nogle kommuner i bl.a. Vest- og Nordjylland.

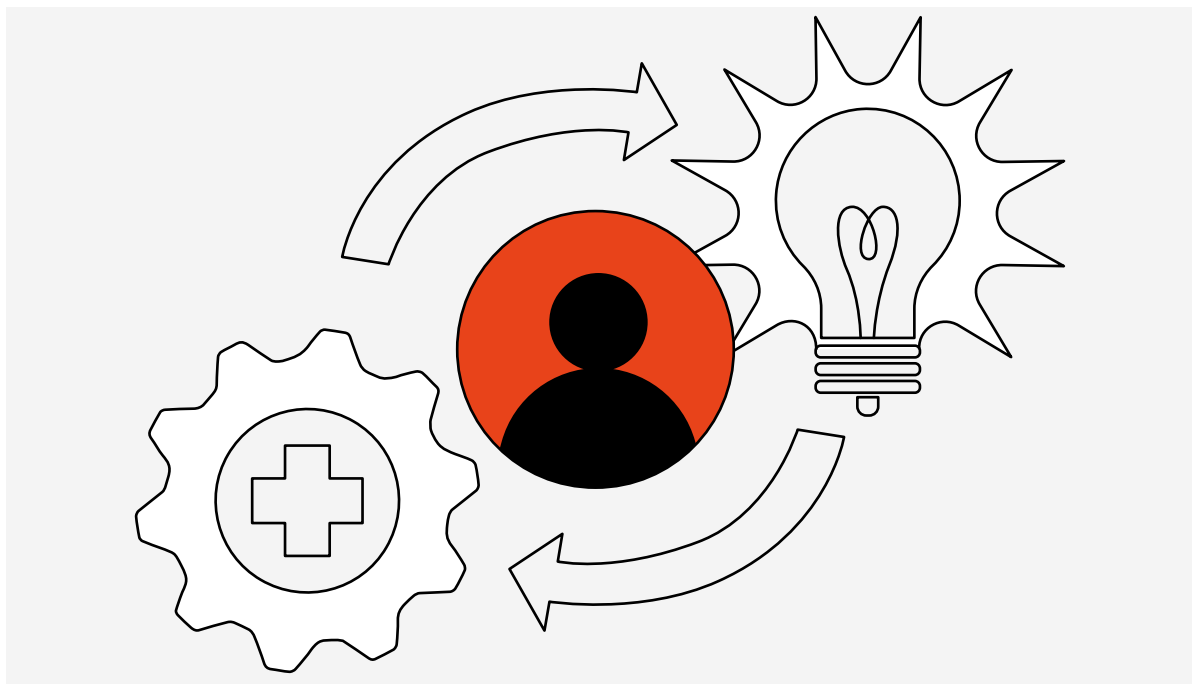
Kommissionen vurderer i rapporten, at der både er styrker og udfordringer forbundet med den nuværende organisering af de praktiserende speciallæger, men også uforløste potentialer. Den mest udbredte praksisform er fuldtids-enkeltmandspraksis. Det er en indretning, der rummer en række styrker. De praktiserende speciallæger har typisk stor kontinuitet i klinikken og mange års erfaring med de typiske opgaver i praksissektoren. Den nuværende indretning medvirker indenfor nogle specialer til at lette adgangen til behandling i geografiske områder med langt til sygehuset. Sektorens høje grad af aktivitetsbaseret finansiering tilskynder til en høj grad af omkostningseffektivitet i den enkelte klinik. Sundhedsstyrelsen vurderer, at speciallægepraksis effektivt kan varetage og afslutte flere ambulante behandlingsforløb for en række målgrupper.

Den udbredte organisationsform med enkeltmandspraksis kan imidlertid også medføre visse udfordringer. Der er risiko for faglig isolation i det omfang, at den daglige lægefaglige sparring med kolleger indenfor eget eller andre specialer er fraværende. Lægens tilegnelse af den nyeste viden og metode falder i et vist omfang tilbage på den enkelte læge. Opgaver, som kan varetages af praktiserende speciallæger, vil i udgangspunktet være monofaglige opgaver, som vedrører relativt rutineprægede sundhedsmæssige problemstillinger. Sundhedsstyrelsen vurderer, at organiseringen i små selvstændige enheder med stærke incitamenter til høj aktivitet kan udgøre en barriere for at indgå i systematisk kvalitetsudvikling, forskning og kompetenceudvikling i det omfang, at de aktiviteter ikke er honoreret eller nærmere reguleret.

Organiseringen af de praktiserende speciallæger i selvstændige enheder kan i visse tilfælde udgøre en barriere i forhold til en fleksibel udnyttelse af den samlede speciallægekapacitet. Indenfor specialer, hvor der kan opstå betydelig ventetid, og hvor der er delvist overlappende opgaveløsning mellem sygehus og praktiserende speciallæger, kan organiseringen være en barriere for at prioritere de patienter med størst og mest akut behov og en effektiv opgaveplacering. Fra et patientperspektiv er fraværet af en fælles indgang til speciallægehjælp særligt en barriere for borgere med lav sundhedskompetence. En anden udfordring er den geografisk ulige fordeling af praktiserende speciallæger. Fordelingen er historisk betinget i den forstand, at regionerne og deres forgængeres udstedelse af ydernumre er omkostningsfulde at omgøre. Derudover afspejler ydernummerfordelingen de enkelte regioners forskellige rekrutterings- og befolkningsmæssige forhold, fordi antallet af speciallæger i regionen har betydning for de enkelte regioners beslutning om at udvide kapaciteten gennem oprettelsen af nye ydernumre. Endelig afspejler ydernummerfordelingen forskellige tilgange til at disponere de økonomiske og medicinske ressourcer indenfor et geografisk område. Speciallægepraksis, der virker efter en nationalt fastsat overenskomst og relativt autonomt, kan dermed ud fra et planlægningsperspektiv udgøre en begrænsning på muligheden for at prioritere den samlede speciallægekapacitet og opgaveløsning indenfor et givent speciale.

Anbefaling 6: et Reformsekretariat, der følger og understøtter implementeringen

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at der på baggrund af de politiske beslutninger om den fremtidige struktur for sundhedsområdet oprettes et reformsekretariat under indenrigs- og sundhedsministeren, som med afsæt i en national implementeringsplan følger implementeringen af de enkelte initiativer og understøtter den decentrale implementering. En national implementeringsplan skal indeholde ambitiøse mål, tydeliggøre implementeringsansvaret hos relevante aktører og opstille tidsrammer for implementeringen af de forskellige dele af reformen af sundhedsvæsenet.



Kort om baggrund

Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger, forslag og modeller omfatter ændringer, der retter sig imod forskellige dele af sundhedsvæsenet, og de indebærer forskellige implementeringsmuligheder og -udfordringer. Samtidig stiller omstillingen af sundhedsvæsenet store krav til alle aktører i sundhedsvæsenet, både medarbejdere, ledere og de politiske beslutningstagere.

Kommissionen angiver i rapporten, at den første store ledelsesopgave ligger hos de ansvarlige politikere, som bl.a. skal formulere de politiske mål for en reform, mobilisere tilslutning til de reformer, der skal gennemføres og bakke de ledere og medarbejdere op, som arbejder for at omsætte reformerne til værdi for borgere og patienter. Den anden store ledelsesopgave er forankret hos de øvre lag i sundhedsvæsenets ledelseskæder. For at omstillingen af sundhedsvæsenet lykkes, kræver det en ændring af en faglig selvforståelse og kultur i sundhedsvæsenet. Det vil kræve en enorm ledelseskraft at ændre ved den logik, og samtidig skal det være en omstilling, som fastholder respekten for det specialiserede. Omstillingen skal være en kerneopgave, som bør indgå som en integreret del af vurderingen af alle større ledelsesbeslutninger, både i det primære og det sekundære sundhedsvæsen. Den tredje store og tværgående ledelsesopgave består i at balancere og prioritere mellem udfordringer på kort og lang sigt. Der er derfor ifølge kommissionen behov for en implementeringsplan og styringstiltag i en overgangsfase, da der er en række mulige afledte omstillingsomkostninger ved at implementere de organisatoriske forandringer. Komplexiteten betyder også, at implementeringen så vidt muligt bør tilrettelægges, så der kan drages læring undervejs og laves tilpasninger og justeringer, hvor det viser sig nødvendigt. Den indbyrdes timing i reformerne og hastigheden, hvormed det politisk besluttes at gå frem, bør indarbejdes i en samlet plan for implementeringen.