



NATIONAL SUNDHEDSPLAN 2027–2030

NATIONAL SUNDHEDSPAN 2027–2030

©Sundheds- og Kirkeministeriet 2026

Den nationale sundhedsplan er fastlagt af sundhedsministeren. Planen er baseret på Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til en national sundhedsplan, som Danske Regioner og KL bakker op om med *Sommeraftale 2026 om implementering af sundhedsreformen (juni 2026)*.

Udgivelsen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Sundheds- og Kirkeministeriet
Holbergsgade 6
1057 København
www.ism.dk

ISBN: 978-87-7601-452-5 (web)

Versionsdato: 3. juli 2026

Design og layout: Sundhedsstyrelsen
Foto: Sundhedsstyrelsen

Udgivet af Sundheds- og Kirkeministeriet
Juli 2026

Indholdsfortegnelse

1. Introduktion	5
1.1. Formål	5
2. Strategisk retning for udvikling og omstilling	9
2.1. Situationsbillede og strategisk retning	9
2.2. Fremtidig indretning af sundhedsvæsenet	11
2.3. Opstilling af principper for udvikling og omstilling	13
3. Principper for udvikling og omstilling	15
3.1. Princip 1: Sundhedsplanlægning fremmer den sundhedsmæssige værdi for befolkningen	15
3.2. Princip 2: Ressourcer bliver fordelt efter behov og faglig bæredygtighed	17
3.3. Princip 3: Det primære sundhedsvæsen bliver fundamentet	20
3.4. Princip 4: Patientforløb bliver tilrettelagt med færrest mulige skift i behandlingsansvar	22
3.5. Princip 5: Fremtidens sundhed bliver mere digital	24
3.6. Princip 6: Omstilling sker trinvist, koordineret og vidensbaseret	26
4. Udvikling og omstilling gennem sundhedsplanlægning	29
4.1. Forandring gennem principper, anbefalinger og mål	29
4.2. National sundhedsplanlægning	29
4.3. Decentral sundhedsplanlægning	31
Bilagsfortegnelse	35
Bilag 1: Kommissorium: Følgegruppe for fagligt oplæg til national sundhedsplan	34
Bilag 2: Centrale begreber	40



1

Introduktion

1. Introduktion

1.1. Formål

I de senere år har der i Danmark været stigende ønske om at skabe et fremtidssikret og bæredygtigt sundhedsvæsen. I forlængelse af Sundhedsstrukturkommissionens analyser og anbefalinger og den daværende regerings efterfølgende reformudspil blev der i november 2024 indgået en bred politisk aftale om en sundhedsreform. Den har til hensigt at skabe et stærkt og balanceret sundhedsvæsen, der er tættere på borgerne¹.

Aftalen indebærer, at der skal udarbejdes en national sundhedsplan, som skal sætte fælles strategisk retning for sundhedsvæsenet med en tiårig tidshorisont og fast opdatering hvert fjerde år.

Den nationale sundhedsplan har hjemmel i sundhedsloven. Heri fremgår, at sundhedsministeren fastlægger den nationale sundhedsplan, som sætter retning for udvikling af sundhedsvæsenet og national og decentral sundhedsplanlægning. Heraf følger, at statslige myndigheders samt regioners og kommuners planlægning af sundhedsvæsenet, skal være i overensstemmelse med den nationale sundhedsplan.

Det fremgår desuden af sundhedsloven, at den nationale sundhedsplan skal have fokus på sundheden i hele landet, blandt andet med bedre geografisk fordeling af ressourcerne i sundhedsvæsenet, styrkelse af det almene sundhedsvæsen og omstilling af aktivitet fra sygehusene til sundhedsvæsenet tæt på borgerne.

Formålet med den nationale sundhedsplan er at etablere en fælles, overordnet strategisk referenceramme for de områder, hvor der er

behov for væsentlig udvikling og omstilling i det kommende tiår. Udmøntningen af den nationale sundhedsplan sker gennem national og decentral sundhedsplanlægning og styring. På nationalt niveau skal sundhedsmyndigheders øvrige sundhedsplanlægning følge retningen i den nationale sundhedsplan. På decentralt niveau vedrører sundhedsplanlægning fx de regionale sundhedsplaner og nærsundhedsplaner samt den kommunale sundhedsplanlægning i henhold til sundhedsloven. Den decentrale sundhedsplanlægning skal således både indrettes efter den nationale sundhedsplan og efter anden national sundhedsplanlægning med det samlede formål, at understøtte udvikling og omstilling af sundhedsvæsenet. Således er den nationale sundhedsplan en strategisk ramme, som virker gennem underordnede planer.

Den nationale sundhedsplan angiver den ønskede udvikling og omstilling af det samlede sundhedsvæsen, hvor det nære sundhedsvæsen skal styrkes, og sygehusene i højere grad skal vende sig udad. Heri ligger, at omstillingen vil kræve forandringer bredt i sundhedsvæsenet og inden for både somatik og psykiatri.

Principper, anbefalinger om udvikling og omstilling samt mål sætter tilsammen retning for den langsigtede udvikling af sundhedsvæsenet, som understøttes ved at skabe og tilvejebringe nødvendige forudsætninger undervejs. Udviklingen af sundhedsvæsenet skal tage hensyn til ændringer i befolkningssammensætning og sygdomsmønstre, teknologiske og behandlingsmæssige muligheder, kapaciteten i sundhedsvæsenet samt et ændret sikkerhedspolitisk landskab.

¹ *Indenrigs- og Sundhedsministeriet, regeringen (Socialdemokratiet, Venstre, Moderaterne), Danmarksdemokraterne, Socialistisk Folkeparti, Det Konservative Folkeparti, Radikale Venstre. Aftale om Sundhedsreform 2024. 2024.*

Genstandsfeltet for den nationale sundhedsplan omfatter hele sundhedsvæsenet, som offentlige myndigheder (stat, regioner og kommuner) er ansvarlige for. Dertil kommer, at den nationale sundhedsplan også kan få direkte og indirekte betydning for øvrige sundhedsindsatser som apoteker, privathospitaler og -klinikker samt sundhedsforsikringer, der kan forpligtes jf. sundhedsloven, såfremt de leverer specifikke ydelser for en offentlig myndighed. Tilsvarende kan den nationale sundhedsplan få indirekte betydning for tilbud i civilsamfund såvel som nært beslægtede områder via samspillet mellem sundhedsindsatser og disse. Det gælder især social-, børne-, ældre- og beskæftigelsesområderne. I nogle tilfælde er disse gensidigt afhængige, fx i forhold til borgerforløb, og de kan eventuelt være samorganiseret.

Den nationale sundhedsplan består dels af en indledende beskrivelse af den ønskede strategiske retning for udvikling og omstilling af sundhedsvæsenet (kapitel 2), dels af principper og anbefalinger om udvikling og omstilling, der skal skabe udvikling og omstilling af sundhedsvæsenet (kapitel 3). Det efterfølges af et kapitel vedrørende forandringen gennem principper og anbefalinger i national og decentral sundhedsplanlægning (kapitel 4). Der vil fortsat være mange nuværende indsatser og grundlæggende principper for planlægning i sundhedsvæsenet, som fungerer efter hensigten, og som derfor ikke skal nedprioriteres eller ændres som følge af den nationale sundhedsplan.

Den nationale sundhedsplan er fastlagt af sundhedsministeren. Planen er baseret på Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til en national sundhedsplan, som Danske Regioner og KL bakker op om. Den nationale sundhedsplan træder i kraft 1. januar 2027. Allerede eksisterende nationale og decentrale planlægningsværktøjer skal i relevant omfang og senest den 1. januar 2028 være revideret, så de følger indholdet i den nationale sundhedsplan².

Sundhedsstyrelsens oplæg til en national sundhedsplan er udarbejdet med en meget bred inddragelse af aktører og interessenter. Der har været nedsat en følgegruppe, som har rådgivet Sundhedsstyrelsen. Kommissorium og deltagerkreds fremgår af bilag 1. Derudover har yderligere en række aktører bidraget med viden og refleksioner undervejs.

Centrale begreber, der anvendes i den nationale sundhedsplan, fremgår sidst i dokumentet af bilag 2.

² Betænkning over forslag til lov om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love (L 42), Folketinget 2025-26, afgivet den 4. juni 2025



2

Strategisk retning for udvikling og omstilling

2. Strategisk retning for udvikling og omstilling

2.1. Situationsbillede og strategisk retning

Sundhedsvæsenet er grundlæggende velfungerende og effektivt, og det udmærker sig på mange områder i internationale sammenligninger. Imidlertid modsvarer organisering og opgaveløsning i sundhedsvæsenet ikke forventningerne til udviklingen i befolkningens behov for sundhedsindsatser, og der er brug for en markant omstilling og udvikling af sundhedsvæsenet.

Der er sket store tilpasninger givet med strukturen fra 2007, og den faglige og organisatoriske udvikling har været markant. Sundhedsvæsenet har således et godt udgangspunkt for en kommende omstilling. Sundhedsplanlægning har i vid udstrækning været kendetegnet ved specialisering og kapacitetsopbygning, særligt på sygehusene, hvor investeringerne har været massive. Kommunerne har kapacitetsopbygget særligt inden for forebyggelse, genoptræning og rehabilitering samt udvikling af den kommunale sygepleje. På konkrete områder er kvaliteten øget målrettet store patientgrupper med alvorlige sygdomme, fx på kræft- og hjerteområdet, med meget positive resultater til følge. Der er etablerede faglige miljøer, kompetente medarbejdere og mange erfaringer med tværgående koordinering, som skaber sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer³. I de seneste femten år er der løbende iværksat mange tiltag, både nationalt og decentralt for at tilpasse forløb til det stigende antal ældre medicinske patienter og mennesker med kronisk sygdom.

På tværs af sundhedsvæsenets forskellige faggrupper udgør eksisterende tværfaglig opgaveløsning, fleksible samarbejdsformer og stærke faglige miljøer et godt grundlag for den fremtidige udvikling af sundhedsvæsenet⁴. Samtidig arbejdes der som led i arbejdet med

den lægelige videreuddannelse fortsat på, at styrke udviklingen af den brede kompetenceprofil, som forventes af fremtidens speciallæger. Det skal muliggøre, at de kan varetage speciallets kerneopgaver, løse generelle og fælles opgaver på tværs af specialer og dermed kunne håndtere patientforløb over hele landet⁵.

Sideløbende med den styrkede specialisering, særligt på sygehusene, er der sket en gradvis ændring i befolkningens sundhedstilstand og sygdomsmønstre, der særligt er kendetegnet ved at flere ældre lever længere med kroniske sygdomme. Sundhedsindsatserne er løbende søgt tilpasset til disse forandringer, inden for de givne strukturelle rammer fra reformen i 2007. Det har dog ikke medført de tilstrækkelige sundhedsmæssige gevinster, og organisering og kapacitetsopbygning modsvarer ikke behovene i den største del af befolkningen. Det fremgår blandt andet, at 48 procent af befolkningen i 2023 havde kontakt med sygehusvæsenet, og at sygehusene samme år behandlede cirka 2,8 mio. personer, hvilket er 23 procent flere end i 2007, mens befolkningen i perioden kun er vokset med ni procent. På den baggrund er der behov for at forandre de eksisterende strukturer.

Befolkningsfremskrivninger viser, at der i 2030 vil være cirka 700.000 danskere over 75 år, svarende til cirka 160.000 flere end i dag. Sammen med en stigende forekomst af kronisk sygdom, multisygdom samt ændret demografi og sygdomsmønstre, indebærer denne udvikling en markant vækst i efterspørgslen efter sundhedsindsatser i det kommende tiår. Samtidig forventes væksten i antallet af medarbejdere i sundhedsvæsenet ikke tilsvarende at følge med, særligt blandt social- og sundhedsassistenter og -hjælpere. Denne samtidige vækst i behov og knaphed på arbejdskraft nødvendiggør en grundlæggende omstilling af sundhedsvæsenets organisering og opgaveløsning, så borgere kan tilbydes det, der giver sundhedsmæssig værdi.

³ *Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sundhedsstrukturkommissionen. 2024.*

⁴ *Kommission for robusthed i sundhedsvæsenet. Robusthedskommissionens anbefalinger. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2023.*

⁵ *Sundhedsstyrelsen. Fremtidens speciallæge - ændring af den lægelige videreuddannelse. 2024.*

Den strategiske retning i omstillingen indebærer i hovedtræk:

- ændret opgavevaretagelse
- samtidig opgavetransformation
- reduktion af unødigt aktivitet

Analyser viser meget betydelige potentialer for en bedre ressourceudnyttelse gennem omstilling, og omstillingen vil derfor skulle omfatte en nøje vurdering af, hvilken behandling det giver værdi at reducere og gentænke. Opgaverne skal ikke blot flytte uforandret én til én. Det vil nationalt og decentralt kræve en række afvejninger. Opgaver skal løses, hvor de fagligt og organisatorisk skaber størst værdi. Kvaliteten i det sekundære sundhedsvæsen og i det primære sundhedsvæsen skal fastholdes og videreudvikles. Prioriteringen af sundhedsvæsenets ressourcer på tværs af sektorer, geografi og specialiseringsniveauer skal sigte mod mere lighed, nærhed og sammenhæng.

Hovedparten af sundhedsindsatser skal målrettes de mest udbredte sygdomme og behov, samtidig med at der fortsat fastholdes høj kvalitet i behandlingen af den enkelte borger, også ved sjældent forekommende sygdomme og højt specialiserede behandlinger.

Kvalitet i faglige indsatser og metoder forudsætter robuste faglige miljøer og høj patient-sikkerhed. For at opnå kvalitet i sundhedsvæsenets indsatser vil der skulle ske en kontinuerlig afvejning mellem hensyn til tilgængelighed til sundhedstilbud geografisk, så borgere med gavn af specifikke tilbud får adgang til dem, og hensyn til at indsatsen hviler på et solidt fagligt og organisatorisk grundlag.

Når sundhedsindsatser med fordel kan varetagelse i det primære sundhedsvæsen, er blandt andet den almenmedicinske generalistkompetence central. Almenmedicinske tilbud håndterer på nuværende tidspunkt selv 90 procent af alle henvendelser, og der er potentiale for at øge denne andel. Forebyggelse, rehabilitering og øget egenomsorg for borgerne er sammen med reduktion af aktivitet og ydelser uden sundhedsmæssig værdi centrale elementer i et bæredygtigt sundhedsvæsen. Det er derfor en intention at styrke nærheden, så flere opgaver løses uden for sygehusene, når det er fagligt og organisato-

risk hensigtsmæssigt, samtidig med at kvaliteten på sygehusområdet fastholdes og videreudvikles. Når færre borgere kommer i kontakt med sygehusene, vil tilgængeligheden øges for dem, som fortsat har behov for en indsats på sygehus.

Nuværende organisering og tilrettelæggelse betyder, at mange borgere bevæger sig mellem flere aktører, sektorer og forvaltningsområder i et behandlingsforløb. I tillæg hertil er sundhedsindsatser også en del af den samlede indsats på blandt andet social-, ældre-, børne- og beskæftigelsesområdet. Øget kontinuitet og sammenhæng i behandlingsforløb er en afgørende ambition for fremtidens sundhedsplanlægning for at imødegå uhensigtsmæssig timing og intensitet i indsatserne, over- og underdiagnostik og over- og underbehandling samt et ressourceforbrug uden tilsvarende sundhedsmæssig gevinst.

En mere lige adgang til sundhedsindsatser med ensartet kvalitet og kapacitet er en central målsætning i den fremtidige sundhedsplanlægning. Det forudsætter en mere balanceret ressourcestyring og prioritering på tværs af geografier, sektorer og forvaltningsområder. For mennesker med psykisk lidelse, hvor der i dag er en overdødelighed sammenlignet med den øvrige befolkning⁶, er ambitionen tilsvarende at styrke ligheden i adgang til sundhedsindsatser og reducere overdødeligheden gennem en ligestilling af psykiatri og somatik.

Udvikling og omstilling af sundhedsvæsenet drives også af behovet for robusthed, så sundhedsvæsenet kan fastholde og tilpasse kritiske funktioner ved stort pres eller kriser. Det kan være klimaforandringer, pandemier, cybertrusler eller geopolitiske kriser, såvel som en resiliens i forhold til den generelle drift af sundhedsvæsenet. Bæredygtigt forbrug af udstyr og teknologi kan øge forsyningssikkerheden og samtidig reducere sundhedsvæsenets klimaaftryk⁷.

Digitalisering, sundhedsdata og teknologi bidrager allerede i dag til høj kvalitet, effektivitet og samarbejde på tværs af sektorer og faggrupper samt med borgere og pårørende. Digitalisering og bedre brug af data er en væsentlig drivkraft for sundhedsvæsenets fortsatte omstilling og udvikling og ambitionerne om et sundhedsvæsen kendetegnet ved nærhed,

⁶ Behandlingsrådet. *Behandlingsrådets rapport vedrørende ulighed i somatisk behandling af patienter med psykiske lidelser*. 2023.

⁷ Regionerne har blandt andet udarbejdet en fællesregional strategi for Grønne Hospitaler. *Danske Regioner. En fællesregional strategi for grønne hospitaler*. 2023.

lighed og sammenhæng. Det er i tråd med Robusthedskommissionens anbefaling om "digital først"⁸. Omstilling understøttet af digitalisering, data og teknologi danner også grundlag for en national strategi for digitalisering og data og arbejdet med en national planlægningskompetence, digital fordør, digitale rettigheder mv.

Der er behov for en samlet retning for digitalisering og data på tværs af sundhedsvæsenet. Det skal understøtte fortsat udvikling og omstilling og væsentligst styrke tilgængelighed, sammenhæng og et mere sammenhængende sundhedsvæsen tættere på borgerne. Digitalisering, data og teknologi skal give mere relevant og lige adgang til sundhedsindsatser, uanset geografisk placering, og skabe bedre anvendelse af sundhedsvæsenets ressourcer på tværs af landet. Samtidig skal det også understøtte, at flere behandlingsforløb varetages på et lavere omkostningsniveau med høj kvalitet og samtidig styrke tilgængeligheden for borgerne.

2.2. Fremtidig indretning af sundhedsvæsenet

En udvikling og omstilling af sundhedsvæsenet vil på et kort og mellemlangt sigte få betydning for organisering og tilrettelæggelse af en række centrale indsatser og aktører i sundhedsvæsenet.

Eksempelvis vil sygehusene fortsat være centrale for behandling af højt specialiseret behandling og forskning, mens andre sygehusfunktioner vil skulle udvikles og forandres i retning af at understøtte borgere i regi af almenmedicinske tilbud og kommunal sygepleje, så de fleste borgeres primære kontakt forbliver i det primære sundhedsvæsen. Således vil der i stigende grad være udgående funktioner fra sygehusene, der understøtter forløb i borgers eget hjem eller hos aktører i det primære sundhedsvæsen, og regioner skal videreudvikle hjemmebehandlingstilbud. Det gælder også i forhold til sygehusbehandling, hvor dele af et forløb kan varetages et andet sted end på sygehusematriklen i tæt samarbejde med almenmedicinske tilbud, øvrig praksissektor og kommunal sygepleje.

En relativt stor del af den ambulante aktivitet skal omstilles. Det vil sige ophøre, tilpasses eller varetages i andet regi. Der vil dermed være op-

gaver, som sygehusene ikke længere varetager i fremtiden, hvilket skal indarbejdes i organisering og arbejdsgange.

Tilsvarende skal arbejdsgange og organisering på sygehusene gøre integration og ligestilling af somatik og psykiatri mulig; blandt andet i forhold til at understøtte øget kontinuitet i forløb for mennesker med psykiske lidelser.

Som led i omstillingen styrkes hovedfunktionsniveauet på sygehusene, og der opbygges fagligt robuste miljøer, og rekruttering og fastholdelse af medarbejdere understøttes på både specialfunktionsniveau og hovedfunktionsniveau. Også på de akutsygehuse, der er i dag er udfordret i forhold til at kunne leve op til deres forsyningsforpligtelse.

Eksemplificering af omstilling

Sygehuse skal fremover:

- arbejde mere udadvendt og aktivt bistå det primære sundhedsvæsen i opgaveløsning
- i stigende grad levere behandling som udgående funktioner og/eller tættere på borgerens hjem
- omstille, reducere eller flytte en væsentlig del af den ambulante aktivitet
- tilpasse organisering, arbejdsgange og kompetencer til de ændrede opgaver og samarbejdsformer

Et andet eksempel er omstillingen i det regionale akutberedskab. Det skal bidrage til, at borgere modtager den rette indsats på rette tid og sted, både når der er tale om akut livsfare, og når der er tale om behov for subakut hjælp. Med det regionale ansvar for akutsygepleje, sundheds- og omsorgspladser og den faglige ledelse af almenmedicinske tilbud, der også gælder i vagttid, skal akutberedskabet omstilles til sundhedsvæsenets nye struktur. Akutberedskabet skal bidrage til at vende nogle patientstrømme ved en styrkelse af nære tilbud. Det regionale akutberedskab skal blandt andet arbejde med mere stringent planlægning af de akutte indsatser med tydelige retningslinjer for visitation og mulighed for relevante henvisningsmuligheder. Dertil kommer let tilgængelig national beslutningsstøtte til borgere og sundhedsprofessionelle, der giver det korrekte niveau for ind-

⁸ Kommission for robusthed i sundhedsvæsenet. Robusthedskommissionens anbefalinger. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2023.

sats og understøtter visitation, differentiering og egenomsorg. Akutte sundhedsindsatser leveres i højere grad dér, hvor borgeren befinder sig, og i et tæt samarbejde på tværs af sektorer.

Eksemplificering af omstilling

Regionale akutberedskaber skal fremover:

- understøtte rette sundhedsindsats på rette tid og sted, akut og subakut
- omstilles til sundhedsvæsenets nye struktur og styrke nære tilbud
- arbejde med tydelig visitation, differentiering og mere stringent planlægning
- i højere grad leveres dér, hvor borgeren befinder sig

For almenmedicinske tilbud vil der trinvist og på sigt, samlet set komme flere patientkontakter som følge af ændret opgavevaretagelse af indsatser, der i dag varetages på sygehusene. Det vil både være indenfor flere sygdomsområder end nu, og i en større del af det samlede forløb. Der vil være mere kontakt og samarbejde med sygehuse, akutsygepleje, præhospital indsats og kommunale sundhedsindsatser samt med relevante aktører i civilsamfundet. Almenmedicinske tilbud skal i fremtiden styrke og varetage koordinationsopgaven i patientforløbet i endnu højere grad.

Eksemplificering af omstilling

Almenmedicinske tilbud skal fremover:

- varetage flere patientkontakter
- omfatte flere sygdomsområder og en større del af det samlede patientforløb
- styrke samarbejdet med sygehuse, akutsygeplejen, præhospital indsats og kommunale sundhedsindsatser samt med relevante aktører i civilsamfundet
- i stigende grad varetage en central koordinerende rolle i patientforløb

Kommunerne skal planlægge stærke og fagligt bæredygtige nære sundhedsindsatser målrettet borgere med komplekse behov. Kommunal sundhedsplanlægning skal bidrage til et stærkt samarbejde på tværs af forvaltningsområder og med almenmedicinske tilbud og samarbejde med udadvendte sygehuse, så unødvendige overgange og indlæggelser forebygges.

Eksemplificering af omstilling

Kommuner skal fremover:

- planlægge stærke og fagligt bæredygtige nære sundhedsindsatser
- understøtte samarbejde med almenmedicinske tilbud, øvrig praksissektor og udadvendte sygehuse samt med relevante aktører i civilsamfundet

Praktiserende speciallæger og den øvrige praksissektor er en del af det primære sundhedsvæsen, og varetager sundhedsindsatser af afgrænset karakter, hvor de kan udgøre både den første kontakt mellem borgere og sundhedsvæsen og den løbende og kontinuerlige indsats. Omstillingen af den øvrige praksissektor eksemplificeres blandt andet ved, at de indgår i et styrket primært sundhedsvæsen og bidrager til et mere lige, sammenhængende og nært sundhedsvæsen. Planlægningen understøtter den ønskede omstilling og udvikling af sundhedsvæsenet, hvor mere varetages i det primære sundhedsvæsen, og hvor den øvrige praksissektor blandt andet understøtter samarbejde med almenmedicinske tilbud, sygehuse og kommunale sundhedsindsatser samt relevante aktører i civilsamfundet. I takt med at organiseringen omkring opgavevaretagelsen på sygehusenes hovedfunktionsniveau over tid ændrer sig, vil de øvrige praktiserende speciallæger indgå med en ændret organisering og opgavevaretagelse i det samlede sundhedsvæsen. Det vil ske igennem to bevægelser, som dels skal give en mere ligelig fordeling af

⁹ Nationale retningslinjer for regionernes tilrettelæggelse af speciallægepraksis

praktiserende speciallæger landet over, dels skal øge sektorens størrelse. Det forventes at tage en årrække at opnå en bedre geografisk fordeling af de praktiserende speciallæger på tværs af specialer⁹.

Eksemplificering af omstilling:

Øvrig praksissektor skal fremover:

- indgå i omstillingen i samspil med de andre aktører i sundhedsvæsenet
- bidrage til et styrket primært sundhedsvæsen med både første kontakt og løbende, kontinuerlig behandling
- understøtte et mere nært, sammenhængende og lige sundhedsvæsen i tæt samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen
- medvirke til en mere ligelig geografisk dækning

Dertil kommer, at udviklingen og omstillingen af sundhedsvæsenet samtidig også forudsætter et styrket og systematisk samarbejde med civilsamfundet. Frivillige organisationer, patientforeninger og øvrige aktører i civilsamfundet spiller en vigtig rolle i forhold til støtte, egenomsorg, forebyggelse og etablering af fællesskaber, som rækker ud over sundhedsindsatser, og kan dermed bidrage til øget sammenhæng, nærhed og lighed i sundhedsvæsenet.

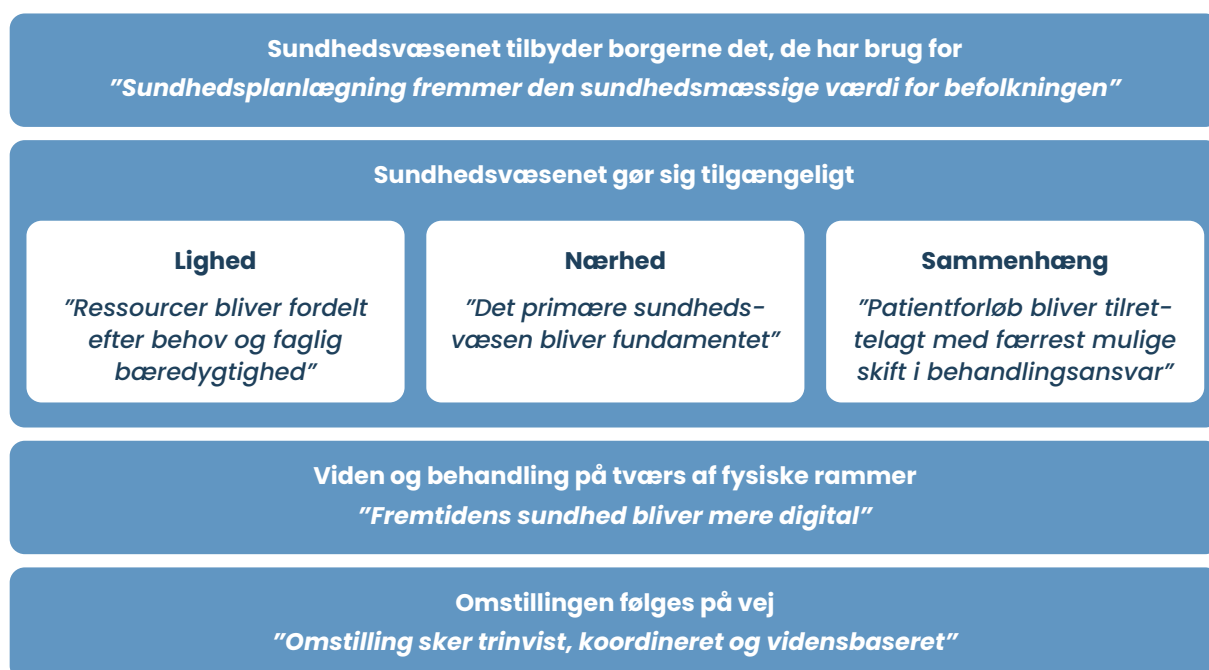
2.3. Opstilling af principper for udvikling og omstilling

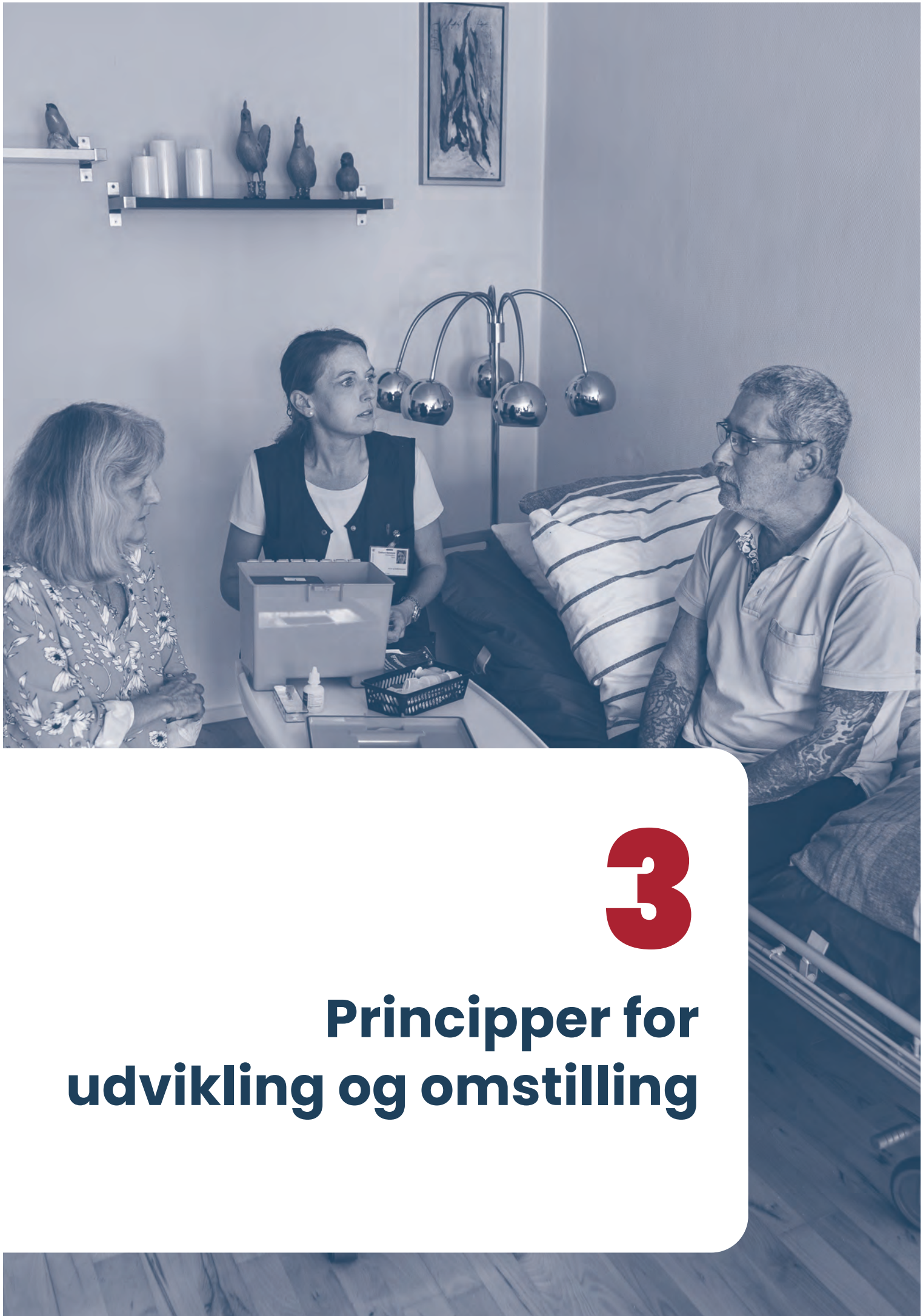
Den strategiske retning omsættes til principper for udvikling og omstilling af sundhedsvæsenet. Hvert princip har et særskilt sigte som illustreret i figur 1, og til hvert princip er der oplyst en række anbefalinger om udvikling og omstilling.

Principper og anbefalinger er formuleret som overordnede rammer. De kan på tværs af temaer understøtte udviklingen, men er ikke udtømmende for den nødvendige forandring i sundhedsvæsenet. De skal ikke opfattes som detaljerede vejledninger for faglig praksis, forskning, uddannelse, innovation eller kvalitetsudvikling. Principperne beskriver nødvendige strukturelle og organisatoriske rammer, men driver ikke i sig selv den konkrete faglige udvikling. Tilsvarende er de beskrevne anbefalinger om udvikling og omstilling ikke udtømmende for at drive den ønskede udvikling. De enkelte anbefalinger kan vedrøre mere end ét princip, selvom de alene fremgår ét sted i den nationale sundhedsplan.

I det følgende kapitel præsenteres hvert enkelt princip. Selve princippet er formuleret med en overskrift, en kort retningsgivende tekst og uddybning. Til hvert princip er der listet anbefalinger, der mere konkret skal skabe den ønskede udvikling og omstilling.

Figur 1: Oversigt over strategiske intentioner med tilhørende principper for omstillingen





3

Prinsipper for udvikling og omstilling

3. Principper for udvikling og omstilling

3.1. Princip 1

SUNDHEDSPANLÆGNING FREMMER DEN SUNDHEDSMÆSSIGE VÆRDI FOR BEFOLKNINGEN

Sundhedsvæsenets strukturer fastlægges ud fra et populationsansvar, hvor prioritering og differentiering af indsatser giver størst mulig sundhedsmæssig værdi.

Den overordnede sundhedsplanlægning skal altid tage udgangspunkt i et populationsansvar. Udvikling af sundhedsvæsenet tilrettelægges med henblik på kvalitet i indsatsen og sundhedsmæssig værdi for den enkelte og befolkningen, gennem de strukturelle rammer.

Et populationsansvar betyder, at der nationalt og decentralt i regioner og kommuner planlægges rammer og indsatser ud fra den samlede befolknings behov. Det gælder fra før sygdom opstår, til at borgere som lever med sygdom, får indsatser på måder, der giver sundhedsmæssig værdi i deres hverdag. Planlægning skal bygge på viden om befolkningens sundhedsprofil, sygdomsmønstre og sundhedskompetence. Faglige kompetencer og miljøer organiseres efter populationens lokale behov og på tværs af sektorer.

Populationsansvaret betyder, at der arbejdes systematisk med folkesundhed og sundhedsfremme på tværs af alle sektorer og i forhold til både psykisk og fysisk sygdom. Målet er at forebygge sygdom og forværring samt bidrage til lige og rettidig adgang til sundhedsindsatser for at fremme et sundere liv for hele befolkningen.

Regioner og kommuner skal inden for gældende rammer i regi af sundhedsloven og den kommende folkesundhedslov styrke forebyggelse og sundhedsfremmende rammer og indsatser. Det skal ske i samarbejde med andre

relevante aktører. Indsatser efter sundhedsloven og folkesundhedsloven sker på tværs af øvrige velfærdsområder, og det skal der tages højde for i sundhedsplanlægningen i regioner og kommuner. Sundhedsindsatser skal bidrage til, at borgere kan fremme egen sundhed og forebygge udvikling og forværring af sygdom.

Regionerne skal omstille sig mod mere nære og decentrale tilbud. Det skal supplere kommunernes fortsatte arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme. Samtidig understøtter det borgernes behov for nærhed og sammenhæng. Med folkesundhedsloven styrkes den strukturelle forebyggelse. Den skal skabe rammer, der fremmer både fysisk og psykisk sundhed og bidrager til mindre ulighed. Strukturel forebyggelse er et effektivt middel til at mindske ulighed i sundhed, fordi det ændrer de rammer og vilkår, som alle lever under, så sunde valg bliver det nemme valg for hele befolkningen, uanset ressourcer.

Populationsansvaret indebærer, at prioritering og differentiering på tværs af målgrupper altid indgår i sundhedsplanlægningen. Differentiering betyder, at indsatser tilpasses forskellige behov. Nogle kan mestre sygdom med digital støtte, andre har behov for personlig kontakt. Det kræver redskaber til systematisk vurdering som grundlag for differentiering af indsatser.

Ressourcer skal anvendes målrettet. Borgere og patientgrupper, der i dag ikke får tilstrækkelig adgang til sundhedsindsatser, og grupper der potentielt modtager unødvendig hjælp, skal imødekommes. Sundhedsplanlægning vil handle lige så meget om at prioritere til, som at prioritere fra. Der vil være opgaver der på sigt ikke skal varetages i sundhedsvæsenet. Unødvendig aktivitet kan reduceres gennem blandt andet implementering af Vælg Klogt anbefalinger¹⁰, borgerinddragelse samt gensidig faglig sparring og rådgivning mellem fx sygehuse og læge i almenmedicinske tilbud ved tvivl om behandlingsniveau.

¹⁰ Vælg Klogt. Se: <https://vaelgklogt.dk/>

Det indebærer også, at regionsråd (herunder sundhedsråd) i sundhedsplanlægningen skal forholde sig til geografi og sociale forskelle i forholdet mellem sundhedsbehov og tilgængelige ressourcer. Populations-ansvaret kan indebære, at ressourcer omfordes, hvor det er relevant, så områder eller grupper med større behov tilgodeses, indenfor de nationalt fastsatte rammer for fordeling af ressourcer. Planlægningen skal gøre brug af data, analyser og

populationsstratificering. Formålet er mere lige adgang til sundhed og behandlingsmæssig kvalitet for den enkelte og størst mulig sundhedsmæssig værdi for befolkningen.

Det forudsætter sammenhæng på tværs af sundhedsvæsenet, og at kommunerne kan planlægge sammenhængende rammer på tværs af forvaltninger.

Anbefalinger om udvikling og omstilling

- **Stat, regionsråd (herunder sundhedsråd) og kommunalbestyrelser** skal prioritere forebyggelse som et centralt og langsigtet indsatsområde inden for gældende rammer i regi af sundhedsloven og den kommende folkesundhedslov. Regionsråd (herunder sundhedsråd) skal samtidig understøtte kontinuitet, kvalitet og sammenhæng i forebyggende tilbud til mennesker med kroniske sygdomme. I regionsrådenes forskningsforpligtelse skal også indgå forskning i de borgerrettede og patientrettede forebyggelsestilbud. Kommunerne forpligtes med folkesundhedsloven til at styrke folkesundheden og den strukturelle forebyggelse gennem en systematisk tilgang til folkesundhedsarbejdet. Det skal ske på tværs af kommunens velfærdsområder samt i tæt samarbejde med aktører i civilsamfundet, boligforeninger, frivillige sociale organisationer og foreninger samt lokale institutioner og virksomheder, for at bidrage til lokal forankring og tilpasning af indsatser
- **Stat, regionsråd (herunder sundhedsråd) og kommunalbestyrelser** skal tage et populationsansvar og får til opgave at tilrettelægge og implementere rammer og indsatser ud fra sundhedsdata og behov i befolkningen
- **Stat, regionsråd (herunder sundhedsråd) og kommunalbestyrelser** skal samarbejde systematisk om at reducere unødvendig aktivitet, fx indenfor behandling, træning, diagnostik mm.
- **Regionsråd (herunder sundhedsråd) og kommunalbestyrelser** skal differentiere deres sundhedsindsatser efter borgernes individuelle sundhedskompetence, behov og ressourcer på både befolknings- og individuelt niveau, så egenomsorg styrkes, og borgere med behov for støtte imødekommes
- **Regionsråd (herunder sundhedsråd)** skal i deres sundhedsplanlægning understøtte ligestilling og integration af psykiatri og somatik som en del af omstillingen af det samlede sundhedsvæsen, ligesom kommunalbestyrelserne også skal arbejde med sammenhæng i den samlede indsats til mennesker med psykiske lidelser, hvor mange borgere modtager sundhedsindsatser, der går på tværs af forvaltninger. Ligeledes skal planlægningen understøtte afstigmatisering af psykisk sygdom.

3.2. Princip 2

RESSOURCER BLIVER FORDELT EFTER BEHOV OG FAGLIG BÆREDYGTIGHED

Ressourcer anvendes dér, hvor de skaber mest værdi for borgerne og for sundhedsvæsenet som helhed; geografisk, fagligt og organisatorisk, så alle borgere, uanset bopæl, har adgang til nødvendige tilbud, og faglige miljøer opbygges, hvor der er behov.

Den demografiske udvikling og stigende sygdomsbyrde gør det nødvendigt med en mere målrettet anvendelse af ressourcerne på tværs af geografi. Dette princip understøtter en intention om mere lighed i sundhedsvæsenet. Det skal ske gennem en bedre fordeling af ressourcer på tværs af landet, så der kommer flere ressourcer dér, hvor borgernes behov er størst. Ressourcer forstås i form af sundhedsindsatser og faglige miljøer, medarbejdere, kompetencer, udstyr mv.

I fremtiden skal fordeling og organisering af ressourcer aktivt anvendes i både national og decentral sundhedsplanlægning. Alle borgere, uanset bopæl, skal have adgang til nødvendige sundhedsindsatser. Det gælder også borgere, som er bosat i egne af landet, der i dag har dårligere adgang til sundhedsvæsenets ressourcer.

Geografisk fordeling af sundhedsvæsenets ressourcer skal afspejle befolkningens sammensætning, sundhedsprofil, sygdomsbyrde og funktionsevne.

Indsatser og kompetencer skal planlægges og organiseres, så de fordeles mellem sygdomsområder og afspejler de sygdomme og tilstande, som fylder mest i befolkningen. Fordelingen skal tage højde for nye sundhedsudfordringer og forebyggelsespotentialer.

En bedre fordeling af ressourcer skal fremmes ved, at digitale og teknologiske muligheder udnyttes, når ressourcer stilles til rådighed. Regioner og kommuner skal i relevant omfang tage virtuel kommunikation, digitale tilbud og behandling i hjemmet i brug for at øge tilgængeligheden af sundhedsfaglige ressourcer, selvom de fysisk er placeret et andet sted end borgeren. Indsatser skal fysisk og digitalt differentieres med udgangspunkt i borgernes behov og sundhedskompetence, så indsatserne matcher behovet for støtte og bidrager til at mindske uligheden i sundhed.

Fordeling og organisering af ressourcerne skal samtidig understøtte et samlet sundhedsvæsen, der er fagligt bæredygtigt¹¹. Det vil betyde, at regioner og kommuner skal have mulighed for personalemæssigt, teknologisk, organisatorisk og ledelsesmæssigt at levere sundhedsindsatser med høj kvalitet og leve op til deres respektive forsyningsforpligtelse samt mulighederne for at opbygge og vedligeholde stærke faglige miljøer.

Nationalt og decentralt skal der i fordelingen og organiseringen af ressourcer tages højde for de store udfordringer med rekruttering og fastholdelse af sundhedspersonale på tværs af faggrupper og på tværs af landet¹².

Centralt i national og decentral sundhedsplanlægning vil der være afvejninger mellem hensyn til tilgængelighed og hensyn til behov for at samle nogle funktioner, der skal betjene et større geografisk område, så det faglige miljø kan opbygges og vedligeholdes. Det indebærer, at nogle faglige miljøer styrkes ved en samling, mens andre omlægges for at skabe robuste faglige miljøer i hele landet tæt på borgere, både geografisk og i deres hverdag.

Bedre og mere lige fordeling af sundhedsvæsenets ressourcer betyder blandt andet, at regionsråd og sundhedsråd skal forholde sig systematisk til opgavevaretagelse i det sam-

¹¹ Faglig bæredygtighed vedrører både den enkelte organisatoriske enhed eller funktion, der løser konkrete opgaver indenfor et bestemt område, som fx kommunal sygepleje eller en akutmodtagelse, og det vedrører den samlede kæde med sundhedsvæsenets forskellige dele, der bidrager til patient-/borgerforløb: Sundhedsstyrelsen. Kap. 3. Faglig bæredygtighed som grundlag for sundhedsplanlægning. Udarbejdet for Sundhedsstrukturkommissionen, Sundhedsstyrelsen. I: Sundhedsstrukturkommissionens bilagsrapport. 2024.

¹² Kommission for robusthed i sundhedsvæsenet. Robusthedskommissionens anbefalinger. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2023.

lede speciallægetilbud, hvoraf noget vil blive varetaget i almenmedicinske tilbud, noget i speciallægepraksis og noget på sygehus. Lokale forhold kan afgøre, om opgaver fx bør løses i speciallægepraksis, på sygehuset eller andet sted. Det vil særligt være relevant i takt med kapacitetsudvidelse af almenmedicinske tilbud og en mere ligelig fordeling af kapaciteten af praktiserende speciallæger. For regionerne betyder det blandt andet, at udadvendte sygehuse skal understøtte almenmedicinske og kommunale tilbud. På det organisatoriske niveau skabes der rammer for, at sundhedsfaglige kompetencer kan anvendes mere fleksibelt. Det kan fx ske ved, at opgaver i højere grad tilrettelægges og fordeles på tværs af faggrupper gennem tværfagligt samarbejde, faglig sparring, rådgivning og delegation af opgaver. Herved understøttes Robusthedskommissionens anbefalinger om en mere fleksibel opgavevaretagelse i sundhedsvæsenet¹³.

Regionerne skal understøtte velfungerende akutsygehuse på tværs af landet, der ved et styrket hovedfunktionsniveau kan imødekomme befolkningens behov i overensstemmelse med den fremtidige sygdomsprofil. Det skal blandt andet ske ved at udnytte potentialet i, at speciallæger på tværs af de lægefaglige specialer fremover får bredere generalistkompetencer, og ved at tilrettelægge sundhedsindsatserne med blik for varetagelse af behandling på lavest effektive omkostningsniveau¹⁴. Akutsygehuse skal samtidig tilbyde sygehusbehandling til den population af borgere, der har behov herfor, og som ofte vil gå på tværs af regionale optageområder, hvilket forudsætter et fælles populationsansvar og nationalt samarbejde tværregionalt¹⁵.

Den akutte sundhedsindsats skal i fremtiden planlægges i endnu tættere samspil med det øvrige sundhedsvæsen, og lighed i adgang til sundhedsvæsenet ved behov, skal understøttes. Dertil kommer, at den præhospitale indsats og den regionale akutsygepleje skal understøttes, at borgere i hele landet har adgang til sundhedsvæsenets ydelser, også gennem understøttelse af den kommunale sygepleje med rådgivning, mv.

Sundhedsplanlægning skal tage udgangspunkt i potentialer og muligheder for behandling i borgerens hjem, såvel som potentialer i forhold til ny opgaveløsning og varetagelse af behandling på lavest effektive omkostningsniveau, ved brug af kompetencerne i den akutte sundhedsindsats.

I praksissektoren skal der ske en geografisk og faglig bæredygtig fordeling af almenmedicinske tilbud og øvrige praksistilbud, så borgere, uanset bopæl, har adgang til de nødvendige sundhedsindsatser, herunder almenmedicinske tilbud. Almenmedicinske tilbud er fortsat gatekeeper til hovedparten af sundhedsvæsenet, og det er derfor afgørende, at alle har adgang hertil.

Tilsvarende skal kommunerne bidrage til at borgere får adgang til kommunale sundhedsindsatser, herunder kommunal sygepleje og genoptræningstilbud, såvel som kapacitet og adgang til indsatser i regi af sundhedsloven, der leveres indenfor tilgrænsende forvaltningsområder, blandt andet social-, ældre-, børne- og beskæftigelsesområdet.

¹³ Kommission for robusthed i sundhedsvæsenet. Robusthedskommissionens anbefalinger. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2023.

¹⁴ Regeringen, Danske Regioner og KL. Forårtaftale 2025 om implementering af sundhedsreformen. 2025

¹⁵ Sundhedsstyrelsen. Specialeplanlægning i sygehusvæsenet. Opdateret 4. november 2025.

Se: www.sst.dk/vidensbase/sundhedsvaesenets-rammer/specialeplanlaegning-for-sygehusvaesenet

Anbefalinger om udvikling og omstilling

- **Stat, regionsråd (herunder sundhedsråd) og kommunalbestyrelser** skal fordele sundhedsvæsenets ressourcer med udgangspunkt i befolkningens sammensætning, sundhedsprofil, sygdomsmønstre og adgang til sundhedsfaglige ressourcer
- **Regionsråd** påtager sig et ansvar og forsyningsforpligtelse, også udover egen regions befolkning, gennem indgåelse af fx nationale samarbejder, ved at hjælpe på tværs af sygehuse, udnytte kapacitet bedst muligt – både ift. specialfunktioner der kun ligger nogle steder i landet, og i spidsbelastningsperioder i sygehusvæsenet¹⁶
- **Regionsråd (herunder sundhedsråd)** udvikler robuste akutsygehuse, som er placeret i hvert sundhedsråds geografiske område, med blandt andet tilstrækkelige personalekompetencer til hele døgnet at opretholde en kapacitet, som afspejler befolkningens behandlingsbehov lokalt. Det kan forudsætte samarbejder om arbejdsdeling og visitation i forhold til de funktioner, som ikke varetages på det enkelte sygehus¹⁷
- **Regionsråd (herunder sundhedsråd) og kommunalbestyrelser** understøtter uddannelse, rekruttering og fastholdelse på baggrund af den samlede befolknings sammensætning og behov for sundhedsindsatser, med henblik på at sundhedsindsatser bliver tilgængelige for borgere, der har behov
- **Regionsråd (herunder sundhedsråd) og kommunalbestyrelser** prioriterer, at deres respektive opgaver varetages og placeres der, hvor det giver størst sundhedsmæssig værdi for borgerne og på det mest hensigtsmæssige kompetenceniveau, og at kapaciteten i tilbuddene opbygges derefter

¹⁶ Sundhedsstyrelsen. Oplæg til ny model for specialeplanlægning. 2025

¹⁷ Regionerne udarbejder allerede nu planer for robuste akutsygehuse.

3.3. Princip 3

DET PRIMÆRE SUNDHEDSVÆSEN BLIVER FUNDAMENTET

Sundhedsindsatser der kan varetages i det primære sundhedsvæsen, skal tilbydes her, så borgere får behandling af høj kvalitet tættere på deres hjem.

Dette princip understøtter primært intentionen om mere nærhed i sundhedsindsatserne, og at behandlingen sker i eller tættere på eget hjem. Det samlede sundhedsvæsen skal omstilles, og det primære sundhedsvæsen udbygges, så flere opgaver kan og skal varetages dér, både hvad angår flytning af opgaver såvel som ændret opgavevaretagelse. Gennem gensidig faglig sparring, rådgivning og koordinerede indsatser understøttes det primære sundhedsvæsen, hvilket øger sammenhæng og forebyggelse. Samtidig frigør det kapacitet i det sekundære sundhedsvæsen og reducerer trækket på sygehusene til gavn for både borgere og ressourcer. Målet er et sundhedsvæsen, der afspejler behovet for sundhedsindsatser i befolkningen fremover og balancerer i forhold til udviklingen af henholdsvis det sekundære og primære sundhedsvæsen, så borgere får behandling dér, hvor de har størst gavn af det; både i forhold til kompetenceniveau og nærhed i tilbuddene.

Den ændrede demografi og sygdomsprofil i befolkningen – med flere ældre og flere patienter med multisygdom, og flere med samtidig somatisk og psykisk sygdom – stiller nye krav til sundhedsvæsenet. Det primære sundhedsvæsen er bedst rustet til at imødekomme mange af disse behov, da kontinuitet og kendskab til borgerens samlede situation her skaber gode forudsætninger for indsats af høj kvalitet på et effektivt omkostningsniveau. Det primære sundhedsvæsen udgør allerede den første kontakt til sundhedsvæsenet og varetager størstedelen af de hyppigst forekommende behandlinger og indsatser, dels i almenmedicinske tilbud og den øvrige praksissektor, som blandt andet speciallægepraksis, dels kommunalt. Nærhed til sundhedsindsatser er afgørende, da borgere med størst behov for en sundhedsindsats kan have vanskeligt ved at tage imod sundhedsindsatser, hvis der er barrierer i forhold til fx geografi. Digitale muligheder og data understøtter samtidig arbejdsprocesser, prioritering, lokal opgaveløsning og systematisk opfølgning, så det primære

sundhedsvæsen kan levere flere ydelser tæt på borgernes hverdag. Det omfatter også anvendelse af digitalisering og data i den konkrete patientbehandling, samt til diagnostiske formål.

Sundhedsplanlægning skal muliggøre, at det primære sundhedsvæsen er det naturlige udgangspunkt for udredning, behandling og opfølgning, og understøtte tidlige rammer og indsatser, der tager udgangspunkt i borgerens samlede livssituation. Det skal særligt være rammen for sundhedsfremme, forebyggelse af sygdom og sygdomsforværring, basal palliation og styrkelse af borgernes mulighed for egenomsorg og sygdomsmestring. Forebyggelse, sundhedsfremme og tidlig opsporing i eller tæt på borgerens hjem og hverdag kan understøtte borgere i at leve gode liv, og derigennem mindske svær sygdom og behov for indsatser på sygehus. Behandling og støtte skal tage udgangspunkt i hele mennesket – både somatisk, psykisk og socialt – og inddrage borgere og pårørende i beslutninger om behandling og pleje.

Med opbygning af kapacitet, tid og muligheder skal almenmedicinske tilbud spille en endnu mere central rolle som koordinerende, udredende og behandlende aktør i det primære sundhedsvæsen, sammen med de øvrige sundhedsfaglige tilbud i det primære sundhedsvæsen. Ved behov for behandling på sygehus skal det primære sundhedsvæsen hurtigt og nemt henvise til dette.

Kommunernes opgaver på sundhedsområdet udgør en vigtig del af sundhedsindsatserne tæt på borgerne eller i borgernes eget hjem, gennem sundhedsfremme, forebyggelse, sundhedspleje, sygepleje, almen genoptræning og rehabilitering. Kommende kvalitetsstandarder for blandt andet den kommunale sygepleje skal understøtte styrkelsen af de kommunale sundhedsopgaver, hvor der blandt andet er behov for, at den kommunale sygepleje har et tættere samarbejde med blandt andet ældreområdet og helhedsplejen, almenmedicinske tilbud og det regionale akutberedskab, og arbejder på styrkede tværfaglige samarbejder. Styrkelsen af det primære sundhedsvæsen skal samtidig så vidt muligt ses i sammenhæng med ældreplejen, plejecentre, botilbud, socialpsykiatri mv.

Den fremtidige sundhedsplanlægning skal tage afsæt i, at det primære sundhedsvæsen er udgangspunktet for den væsentligste andel af kontakten med sundhedsvæsenet for de fleste. Sundhedsplanlægningen skal derfor tage

afsæt i det primære sundhedsvæsenets opgavevaretagelse og understøtte et velfungerende samarbejde med sygehusene, som fortsat håndterer sundhedsindsatser, der kræver indlæggelse, ekspertviden eller særligt udstyr til behandling i sygehusregi. Det kan omfatte en del af opgaverne, såsom diagnostik, elektiv og akut behandling, genoptræning og rehabilitering ved sjældnere tilstande, hvor der er behov for mere specialiserede indsatser, tværfaglighed, særligt udstyr eller ekspertviden.

Et fortsat stærkt sygehusvæsen og udadvendte sygehuse bidrager til, at det primære sundhedsvæsen styrkes. Det indebærer, at sygehusene skal tage ansvar før og efter sygehusophold, stille sig til rådighed for gensidig faglig sparring og rådgivning, samt understøtte behandling i hjemmet. Det indebærer fortsat kvalitetsudvikling på sygehusene, samt at der sker en omstilling og ændret opgavevaretagelse både internt på sygehusene, som eksemplificeret i dereguleringen af specialfunktioner og styrkelsen af generalistkompetencer¹⁸, såvel som omstillingen ud af sygehusene.

¹⁸ Jf. Specialeplanlægning og revision af den lægelige videreuddannelse

Anbefalinger om udvikling og omstilling

- **Stat og regionsråd (herunder sundhedsråd)** skal i sundhedsplanlægningen understøtte, at det faglige og organisatoriske udgangspunkt for udredning, behandling, opfølgning og palliation er forankret i det primære sundhedsvæsen, herunder også med fokus på sammenhæng i sundhedsindsatsen til mennesker med psykisk lidelse
- **Regionsråd (herunder sundhedsråd) og kommunalbestyrelsen** skal i planlægningen af den lokale omstilling understøtte en sammenhængende udbygning af de nære, tilgængelige sundhedsindsatser indenfor både det regionale og kommunale myndighedsområde, herunder blandt andet i de kommunale sundhedsindsatser samt i almenmedicinske tilbud og speciallægepraksis, øvrig praksissektor, udadvendte regionale tilbud om patientrettet forebyggelse og rehabilitering, sundheds- og omsorgspladser og akutsygepleje
- **Regionsråd (herunder sundhedsråd)** understøtter opgavevaretagelsen i almenmedicinske tilbud ved udadvendte sygehuse med let tilgængelig gensidig faglig sparring og rådgivning, diagnostik og adgang til udredningsmuligheder. Dertil kommer, at de skal understøtte, at gensidig faglig sparring og rådgivning mellem almenmedicinske tilbud, speciallægepraksis, sygehuse og kommunale sundhedsindsatser er let tilgængelig og kontinuerlig. Regionsrådene har det faglige ansvar for almenmedicinske tilbud og skal drive omstilling og udvikling af almenmedicinske tilbud. Derfor skal regionsrådene understøtte tilbuddet med kvalitetsmål og standarder, i dialog og samarbejde med de praktiserende almenmedicinere
- **Regionsråd (herunder sundhedsråd)** skal understøtte udvikling og omstilling af sygehusenes aktiviteter, herunder omstilling af behandlingsaktivitet. Det betyder blandt andet, at visse hovedfunktioner skal kunne varetages bredere, blandt andet i speciallægepraksis
- **Regionsråd (herunder sundhedsråd) og kommunalbestyrelser** understøtter kapacitetsopbygning i deres respektive tilbud. Dette gælder kommunale sundhedstilbud, speciallægepraksis, almenmedicinske tilbud samt regionale tilbud tæt på borgerne, herunder det regionale akutberedskab, patientrettet forebyggelse og rehabilitering, sundheds- og omsorgspladser og akutsygepleje
- **Regionsråd (herunder sundhedsråd)** understøtter kvalitet i indsatsen i det primære sundhedsvæsen gennem forskning, kompetenceudvikling og faglige kliniske retningslinjer, som udarbejdes i samarbejde med relevante faglige selskaber. Det sker blandt andet i regi af Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut og relevante forskningsinstitutioner mm. Vedrørende almenmedicinske tilbud understøtter regionsråd (herunder sundhedsråd) kvaliteten i indsatsen i henhold til den nationale opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud. Kommunerne kan med fordel deltage i forskning og kvalitetsudvikling af de kommunale indsatser, og dette kan gøres i regi af sundhedsrådene

3.4. Princip 4

PATIENTFORLØB BLIVER TILRETTELAGT MED FÆRREST MULIGE SKIFT I BEHANDLINGSANSVAR

Patientforløb i sundhedsvæsenet tilrettelægges, så kontinuitet øges, kompleksitet reduceres, og flere opgaver og behandlinger håndteres samlet ved én aktør.

Dette princip understøtter primært en intention om bedre sammenhæng i patientforløb ved at minimere antallet af skift i behandlingsansvar. Det sker ved at samle ansvaret for flere opgaver hos én aktør, og ved at aktørerne i sundhedsvæsenet i højere grad understøtter opgavevaretagelsen hos hinanden.

Overgange i forløb øger risikoen for tab af information, tab af kvalitet og en oplevelse af et usammenhængende forløb. Det kan være overgange i form af både skift i behandlingsansvar, møder med nye aktører samt overgange i forbindelse med at borgeren går fra barn og ung til voksen.

Mange borgere modtager indsatser fra flere sektorer samtidigt. Der er behov for tæt koordinering mellem kommunale aktører og den behandlingsansvarlige læge, og for at samarbejdet mellem kommunal sygepleje, helhedspleje og regional akutsygepleje styrkes. Kvalitet i patientforløb med større kontinuitet skal planlægges, så patientforløb har færrest mulige skift i behandlingsansvar. Hvis det ikke er muligt eller hensigtsmæssigt, skal borgeren opleve færrest mulige overgange. Det gælder eksempelvis borgeren på sygehus, der i fremtiden ikke unødigt skal sendes fra den ene afdeling til den anden, hvis mere kan klares ét sted. Det gælder også borgeren i almenmedicinske tilbud, der ikke unødigt sendes videre til eksempelvis prøvetagning eller anden speciallægevurdering, hvis det kan klares i almenmedicinske tilbud med eksempelvis virtuel faglig sparring og rådgivning med speciallæge fra sygehus. Videokonferencer og øget brug af fælles konsultationer skal styrkes. Ligesom det gælder borgere der modtager kommunal sygepleje i eget hjem, på botilbud eller lignende, der via hjælp fra præhospital indsats, akutsygepleje eller behandling og rådgivning fra almenmedicinsk tilbud, kan blive i eget hjem.

For at opnå færrest mulige behandlingsskift, skal opgaveløsning tilrettelægges, så information flytter sig mellem aktører – ikke borgeren. Dette kræver tæt samarbejde mellem mange aktører, som i fællesskab løfter ansvaret for forløbet, og at nødvendige overgange fremstår sømløse og kontinuerlige, hvormed informationskontinuiteten vil øges.

Færrest mulige behandlingsskift kræver styrkede generalistkompetencer i sundhedsvæsenet. Det opnås gennem øget kapacitet i almenmedicinske tilbud, speciallægepraksis og en styrket generalistkompetence hos øvrige speciallæger. Det bidrager til mindre fragmenterede patientforløb, hvor én tydeligt defineret aktør eller afdeling har det samlede behandlingsansvar fra udredning til opfølgning.

Færrest mulige skift i behandlingsansvar har særligt værdi for sårbare, eller skrøbelige borgere, hvor en fysisk overgang i sig selv vil være u hensigtsmæssig.

Almenmedicinske tilbud skal i langt større omfang kunne bibeholde behandlingsansvaret, også i forløb der kræver involvering af flere specialer og faggrupper. Det øger organisatorisk og relationel kontinuitet.

På sygehusene bør organisering og drift tilrettelægges, så unødvendige interne overgange undgås, og forløb så vidt muligt kan varetagges af samme aktør eller afdeling, ved at den behandlings- eller patientansvarlige læge får koordinationsopgaven på tværs af specialer.

Kommunerne har en central rolle i at skabe sammenhængende forløb, især for ældre og sårbare borgere. Den kommunale sundhedsindsats leveres ofte i sammenhæng med øvrige indsatser, eksempelvis på social- og ældreområdet.

Sundhedsindsatser tæt på borgeren og behandling i eget hjem er væsentlige elementer i bedre patientforløb. Tværfagligt samarbejde og anvendelse af digitale muligheder skal bidrage til, at borgeren oplever sammenhængende hjælp uden u hensigtsmæssige overgange i forløbet. Det kræver, at sygehuse, kommuner, almenmedicinske tilbud og øvrig praksissektor samarbejder tæt. Udbredelse af hjemmebehandling skal målrettes til borgere, hvor det vil have størst gavn.

I den akutte indsats skal den præhospitale indsats koordineres tæt med kommunal sygepleje og øvrige nære regionale tilbud. Det åbner yderligere mulighed for udbredelse af behandling i eget hjem.

Sygehusene skal i højere grad være en udadvendt og integreret del af det samlede sundhedsvæsen. Udgående funktioner, gensidig faglig sparring og rådgivning med kommuner, almenmedicinske tilbud og øvrig praksissektor skal gøre sygehusenes kompetencer tilgængelige på flere måder. Det skal ske både for somatik og psykiatri, hvor aftalen om integration af psykiatri og somatik giver mulighed for sammenhængende løsninger på tværs.

Digitale muligheder og datadeling er afgørende for færre oplevede overgange. Effektiv, sikker og ensartet datadeling giver aktører adgang til relevante oplysninger, når det er nødvendigt. Videokonferencer, fælles platforme og beslutningsstøttværktøjer understøtter tværsektorielt samarbejde og bidrager til, at nødvendige overgange opleves sammenhængende og trygge for borgeren. Samtidig åbner brugen af digitale løsninger op for potentialerne ved hjemmebehandling og -monitorering, ved at muliggøre virtuelt samarbejde mellem aktører og opfølgning på borgeren over afstand.

Anbefalinger om udvikling og omstilling

- **Stat og regionsråd (herunder sundhedsråd)** bidrager til styrkede generalistkompetencer i det primære og sekundære sundhedsvæsen for at skabe sammenhængende forløb med færre skift i behandlingsansvar herunder styrkede kompetencer i almenmedicinske tilbud og styrkede generalistkompetencer blandt øvrige speciallæger
- **Regionsråd (herunder sundhedsråd) og kommunalbestyrelser** skal understøtte, at der eksisterer de rette strukturer, således at borgere som henvender sig et sted i sundhedsvæsenet – også selv om det viser sig ikke at være det rette sted – bliver hjulpet videre. Aktøren, der modtager henvendelsen, skal tage ansvar for at guide borgeren til det korrekte tilbud og skabe sammenhængende overgange
- **Regionsråd (herunder sundhedsråd) og kommunalbestyrelser** styrker hjemmebehandling i alle sektorer, og forholder sig systematisk til, hvilke hjemmebehandlingstilbud der vil være til størst gavn for borgerne i deres geografiske område. Dette sker trinvist, i det omfang kapacitet og faglige hensyn tillader det
- **Regionsråd** understøtter løbende kompetenceudvikling i det præhospitale beredskab, herunder med psykiatriske kompetencer, øgede digitale muligheder og tættere samarbejde med øvrige aktører i akutberedskabet, og understøtter omstillingen ved en styrkelse af de nære regionale akutte sundhedsindsatser, herunder muligheder for subakut hjælp i blandt andet akutsygeplejen og på sundheds- og omsorgspladser

3.5. Princip 5

FREMTIDENS SUNDHED BLIVER MERE DIGITAL

Digitalisering ændrer ansvar og organisering for levering af sundhedsindsatser på tværs af tid og sted, og det skal være førstevalg dér, hvor det giver sundhedsmæssig værdi for den enkelte.

Princippet understøtter intentionen om, at data, teknologi og digitalisering integreres i sundhedsplanlægningen. Det har en tæt kobling til den kommende nationale strategi for digitalisering og data, der vil udfolde den strategiske retning og prioritering af indsatser relateret til sundhedsvæsenets digitale udvikling, så lighed, nærhed og sammenhæng understøttes.

Digital kontakt og selvbetjening skal være førstevalg dér, hvor det giver sundhedsmæssig værdi for den enkelte og samtidigt frigør ressourcer til de indsatser, hvor fysisk kontakt og fremmøde giver bedst mening. For borgere, der kan og vil, betyder det øget egenomsorg, hjemmemonitorering og digital opfølgning. Det vil omfatte mange borgere, og mange situationer. Derfor skal borgeres adgang til teknologisk og dataunderstøttet egenomsorg og bedre mulighed for at tage ansvar for forløb fremmes aktivt og indgå systematisk i sundhedsplanlægningen.

Digitale tilbud kan bidrage til lighed og tilgængelighed, både direkte ved at rette sig til borgere, der ellers har svært ved at tage imod sundhedsindsatser, og indirekte, ved at understøtte differentierede indsatser og dermed mere hjælp til borgere med størst behov. Flere borgere kan modtage behandling af høj kvalitet i eller tæt på hjemmet. I takt med den teknologiske udvikling, kan der blive bedre muligheder for tidligere diagnostik, og at mere kan udføres i det primære sundhedsvæsen. Det kan eventuelt ske i samarbejde med det sekundære sundhedsvæsen, for de borgere og i de situationer, hvor det har størst værdi.

Digitalisering og sundhedsdata bruges i dag bredt til mange forskellige formål i den daglige drift og i udvikling af sundhedsvæsenet. Tids- tro, valide og lettilgængelige data samt stærke

samarbejdskonstellationer er en vigtig forudsætning for, at sundhedsvæsenet kan tilbyde koordinerede patientforløb. Det understøtter blandt andet, at borgere kan få indsatser mere målrettet, differentieret og tidligere, ligesom det understøtter trygge og sammenhængende forløb, for både borger, pårørende og sundhedsprofessionelle. Anvendelse af data og teknologi forudsætter, at det opleves relevant, brugervenligt, og i overensstemmelse med opgaveløsning og arbejdsgange. Det kræver ledelse og et målrettet arbejde med implementering og udbredelse i daglig drift.

Der er store potentialer ved at bruge data på populationsniveau, bl.a. til at tilrettelægge forløb og prioritere indsatser og kapacitet. Kunstig intelligens kan bidrage til at analysere store datamængder, identificere mønstre og understøtte kliniske beslutninger, hvilket kan styrke både kvalitet og effektivitet i patientforløb. Data og beslutningsstøtteværktøjer er også afgørende for at styrke sundheds- og forebyggelsesplanlægning. Det er væsentligt, at data kan stilles til rådighed til beslutningsstøtte åbent, aktuelt og overskueligt, så flere har adgang til og kan handle på viden. Data skal også kunne anvendes til forskning og udvikling, og derigennem bidrage til en løbende udvikling af sundhedsvæsenet.

Der er en række vigtige forudsætninger for, at potentialerne ved digitalisering, data og relevant teknologi kan realiseres og bidrage som drivkraft i omstilling og udvikling af sundhedsvæsenet.

Tydelige sundhedsfaglige rammer om roller og ansvar i behandlingsforløb og fælles tekniske standarder er nødvendige forudsætninger for samarbejde og relevant datadeling på tværs af sektorer, fx med henblik på at flere opgaver kan løses uden skift i behandlingsansvar. Derfor skal sundhedsfaglige anbefalinger og tekniske standarder, it-systemer og data følges ad og være i overensstemmelse. Det er afgørende for udbredt implementering og ensartet anvendelse af teknologi og digitale muligheder på tværs af sundhedsvæsenet. Det er således også en væsentlig forudsætning for, at information kan udveksles, og at borgere og sundhedsprofessionelle oplever koordinerede og sammenhængende indsatser.

Fælles infrastruktur og standarder for deling af data skal muliggøre tidstro og sikker deling af relevante sundhedsdata på tværs af hele sundhedsvæsenet. Data skal være tilgængelige for både sundhedsprofessionelle og borgere. Det skal bidrage til tilgængelighed, målrettet behandling, beslutningsstøtte, øget patientinddragelse og selvbetjening.

Sundhedsdata, der indsamles, skal bygge på eksisterende dokumentation og journalisering, og så vidt muligt anvendes på en måde der understøtter faglige beslutninger, uden at skabe unødigt bureaukrati, omkostningstung it-udvikling, eller at samme data skal indsamles flere gange.

Sundhedsdata og datadeling skal være sikker og robust, så den kan understøtte sundhedsvæsenets funktion i almindelig drift, såvel som under kriser og ekstraordinære situationer. Det er et væsentligt hensyn, at sundhedsvæsenets funktion kan opretholdes, hvis systemer svigter, eller eksterne hændelser indtræffer, og at beredskab og resiliens tænkes ind i udvikling og implementering af digitale løsninger. Samtidig er det afgørende for at kunne opretholde borgernes tillid til sundhedsvæsenet – både til at det er tilgængeligt, når de har brug for det og til, at deres sundhedsoplysninger behandles forsvarligt og sikkert.

Anbefalinger om udvikling og omstilling

- **Regionsråd (herunder sundhedsråd) og kommunalbestyrelser** skal i samarbejde med staten og øvrige nationale sundhedsmyndigheder fremover indtænke digitalisering og data fra start, som bærende elementer i alle dele af sundhedsvæsenets udvikling og omstilling. Det gælder fx i vejledninger, retningslinjer, anbefalinger, således at rammerne for den sundhedsfaglige indsats givet de digitale rammer styrkes
- **Regionsråd (herunder sundhedsråd) samt kommunalbestyrelser** samarbejder med Digital Sundhed Danmark om at tilvejebringe let og overskuelig adgang til sundhedsvæsenet digitalt, så borgere understøttes i øget egenomsorg og i at blive mere selvhjulpne, og kan vælge digitale løsninger som førstevalg, hvor det giver værdi i forhold til den enkelte borgers behov og livssituation, herunder med støtte fra pårørende
- **Regionsråd (herunder sundhedsråd), kommunalbestyrelser, almenmedicinske tilbud og øvrig praksissektor** samarbejder med Digital Sundhed Danmark om at styrke sundhedsvæsenets evne til at dele data via en fælles digital infrastruktur, standarder mv. Det gælder i forhold til at give adgang, dele sundhedsdata, og analysere sundhedsdata på tværs af datakilder, organisationer og sektorer, så de kan sammenstilles og vises i sammenhæng til relevante aktører
- **Regionsråd (herunder sundhedsråd) og kommunalbestyrelser** understøtter, at Digital Sundhed Danmark gennemfører en fælles national indsats, så data kan deles og genanvendes på tværs af fagområder og sektorer. Det indebærer også, at datadeling løbende udvikles og udbygges, blandt andet for at understøtte sundhedsindsatser til mennesker med psykisk lidelse med forløb på tværs af sektorer og forvaltningsområder mv. Hertil kommer, at data fra patientbehandling også kan anvendes til statistik, planlægning og forskning, så særskilte indberetninger og parallel infrastruktur udfases
- **Private aktører og tilbud** skal, hvor relevant, kunne tilgå digital infrastruktur og anvende samt levere data standardiseret

3.6. Princip 6

OMSTILLING SKER TRINVIST, KOORDINERET OG VIDENSBASERET

Ændret opgavevaretagelse mellem aktører og faggrupper sker trinvist og koordineret med blik for det samlede sundhedsvæsen på tværs af geografi og sektorer, og med udgangspunkt i kapacitet, viden om kvalitet og effektive indsatser.

Med den nationale sundhedsplan etableres en overordnet national ramme for sundhedsplanlægning, der fungerer som et fælles styringsinstrument for en lang række af øvrige planer samt nye og eksisterende sundhedsindsatser. Den overordnede beskrivelse af styring gennem ansvar og planlægning fremgår af kapitel 4. Princippet understøtter en intention om koordineret og langsigtet planlægning. Udvikling og omstilling skal ske koordineret, vidensbaseret, og i takt med at nødvendige forudsætninger er til stede. En vidensbaseret tilgang forpligter til systematisk anvendelse af konsolideret erfaring og forskning ved prioritering og implementering af indsatser.

Nedenfor fremgår eksempler på centrale forudsætninger for omstillingen. De vil ikke alle være etableret ved den nationale sundhedsplans ikrafttrædelse. Derfor vil omstilling ske trinvist over det kommende årti:

- Implementering af national opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud, samt en styrket kapacitet og uddannelse af flere speciallæger i almen medicin, der understøtter målet om mindst 5.000 læger i almenmedicinske tilbud i 2035
- Konkretisering og realisering af anbefalinger for en revision af den lægelige videreuddannelse med fokus på brede generalistkompetencer hos kommende speciallæger, og i forbindelse med den lægelige efteruddannelse og den generelle organisering af det lægelige arbejde, et fokus på at fastholde breddekompetencerne og de patientnære kliniske kompetencer hos hovedparten af speciallægerne

- Håndtering af rekrutteringsudfordringer for personalegrupper, hvor der er mangel på arbejdskraft
- Implementering af pakkeforløb for borgere med kroniske sygdomme
- Implementering af nationale retningslinjer for regionernes planlægning af speciallægepraksis, som skal understøtte en bedre adgang til og fordeling af speciallæger uden for sygehus
- Fuldt implementerede data- og digitaliseringssystemer, der understøtter både daglig drift og kriseberedskab
- Styrket forskning og kvalitetsudvikling i sammenhæng med det primære sundhedsvæsen
- Afvikling af indsatser uden tilstrækkelig kvalitet, dokumenteret effekt eller sundhedsmæssig værdi i det samlede sundhedsvæsen

Andre forudsætninger for omstilling er, at centrale planer, krav og anbefalinger understøtter en ønsket udvikling. Det kan fx være:

- Lofter for antal speciallægestillinger på universitetssygehusene og sygehusene i hovedstadsområdet, der skal understøtte, at regioner og sundhedsråd bliver mere selvforsynende med læger
- Øvrige politiske aftaler, såvel som en lang række aftalte initiativer i forbindelse med sundhedsreform, forårtaftaler mm.

En udvikling og omstilling af sundhedsvæsenet skal også forankres i innovation, kvalitetsudvikling og forskning i alle dele af sundhedsvæsenet, og særligt i det primære sundhedsvæsen, og hvor der traditionelt forskes i mindre omfang end i sygehusvæsenet. Nye teknologier, digitale muligheder og samarbejdsformer skal implementeres som led i en struktureret proces, der understøtter effekt, skalering og spredning af bedste praksis. Trinvis og koordinerede indsatser skal fremme, at beslutninger om opgaveplacering, udvikling og prioritering træffes på et oplyst, systematisk og tværgående grundlag, hvor sundhedsplanlægning også indebærer et fokus på implementering, ikke mindst ved tværsektorielle indsatser, og hvor der er afhængigheder til områder under anden lovgivning end sundhedsloven, fx det kommunale ældreområde.

Anbefalinger om udvikling og omstilling

- **Stat, regionsråd (herunder sundhedsråd) og kommunalbestyrelser** er ansvarlige for, at udvikling og omstilling sker trinvist, via alle nationale og decentrale rammer for planlægning, med blik for kortsigtet, mellemlangt og langsigtet perspektiv, der blandt andet tager højde for relevant kapacitetsopbygning
- **Stat, regionsråd (herunder sundhedsråd) og kommunalbestyrelser** skal understøtte, at opfølgning og evaluering af den nationale sundhedsplan og omstillingen af sundhedsvæsenet, er strategisk, koordineret og prioriteret, baseret på de principper, der er beskrevet i den nationale sundhedsplan. Opfølgning skal være transparent mellem aktørerne med videst mulig deling af data
- **Regionsråd (herunder sundhedsråd)** bidrager til, at forskning, kvalitetsudvikling og innovation for at udvikle effektive indsatser af høj kvalitet, som kan bidrage til omstillingen af sundhedsvæsenet. Forskning, kvalitetsudvikling og innovation kan basere sig på forskellige typer af viden, både kvantitativt og kvalitativt
- **Regionsråd (herunder sundhedsråd)** prioriterer, i samarbejde med kommunerne, forskning i det primære sundhedsvæsen, hvilket omfatter almenmedicinske tilbud, strukturel forebyggelse og sundhedsfremme i kommunerne, kommunale sundhedsindsatser og tværsektorielle og -faglige indsatser, og understøtter strukturer og forskningsmiljøer på området. Styrkede strukturer for forskning vil samtidig i højere grad gøre det muligt for kommuner at indgå i forskning, uanset, at kommunerne ikke er forpligtiget til at udføre forskning



4

Udvikling og omstilling gennem sundhedsplanlægning

4. Udvikling og omstilling gennem sundhedsplanlægning

4.1. Forandring gennem principper, anbefalinger og mål

For at skabe den ønskede udvikling og omstilling sætter den nationale sundhedsplan retning ved:

- principper for udvikling og omstilling af sundhedsvæsenet (kapitel 3)
- anbefalinger om udvikling og omstilling for at realisere disse principper (kapitel 3)
- mål, der muliggør systematisk opfølgning

Særligt omsætningen af principper og anbefalinger sker via den administrative planlægning som illustreret i figur 2 på næste side. Nationalt og decentralt skal der opstilles mål for omstillingen af sundhedsvæsenet, så det er muligt at følge, om sundhedsvæsenet bevæger sig mod et mere lige, nært og sammenhængende sundhedsvæsen. Mål på nationalt niveau skal aftales med kommuner og regioner i sammenhæng med nationale mål for sundhedsvæsenet.

Figur 2 illustrerer, hvordan forpligtelsen til at skabe overensstemmelse mellem den nationale sundhedsplan og anden sundhedsplanlægning påhviler både nationale og decentrale myndigheder. Det betyder, at de ansvarlige myndigheder skal understøtte, at planlægning stemmer overens med den retning, som angives i den nationale sundhedsplan. Det er således de pågældende myndigheder og de aktører, der samarbejder med om at levere sundhedsindsatser på myndighedens ansvar, som i praksis skal varetage implementeringen af den nationale sundhedsplan.

Dertil kommer, at også andre indsatser i sundhedsvæsenet, som blandt andet kvalitetsarbejde, fx i Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, Medicinrådet, Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG'er), Kvalitet i Almen Praksis (KiAP) og Kvalitet i Kommunerne (KIK) har betydning for omstillingen og udviklingen af sund-

hedsvæsenet, hvorfor den strategiske retning i den nationale sundhedsplan kan tænkes med.

4.2. National sundhedsplanlægning

Nationale myndigheder har et ansvar for at understøtte overensstemmelse i de nationale rammer, krav og anbefalinger for sundhedsplanlægning med en national sundhedsplan. Disse omfatter fx opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud, fordelingsmodel for lægekapatiteter, national strategi for digitalisering og data, dimensioneringsplaner for speciallægeuddannelsen, pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom, kvalitetsstandarder, nationale retningslinjer for regionernes planlægning af speciallægepraksis, forebyggelsesanbefalinger samt sundhedsberedskabsplanlægning mv..

Hertil kommer specialeplanlægning, der regulerer de særligt specialiserede funktioner på sygehusene, hvor der som led i omstillingen er fokus på, at kun de mest komplekse funktioner fortsat samles på få sygehuse, samtidig med at der sker en deregulering af øvrige specialfunktioner. I den nye model for specialeplanlægning, peges der desuden på et styrket fælles patientansvar på tværs af specialfunktionsniveau, hovedfunktionsniveau og almenmedicinske tilbud¹⁹. Omstilling og udvikling hænger også sammen med arbejde som fx Sundhedsstyrelsens revision af den lægelige videreuddannelse, der anviser et behov for bredere speciallægekompetencer, som skal erhverves og vedligeholdes via sundhedsvæsenets organisering og praksis²⁰, såvel som specialuddannelser på sygeplejerskeområdet, som fx specialuddannelse i borgernær sygepleje, der er reguleret af Sundhedsstyrelsens bekendtgørelser²¹.

Nogle af opgaverne påhviler Sundhedsstyrelsen, mens andre påhviler andre nationale sundhedsmyndigheder.

¹⁹ Sundhedsstyrelsen. *Specialeplanlægning i sygehusvæsenet*. Opdateret 4. november 2025.

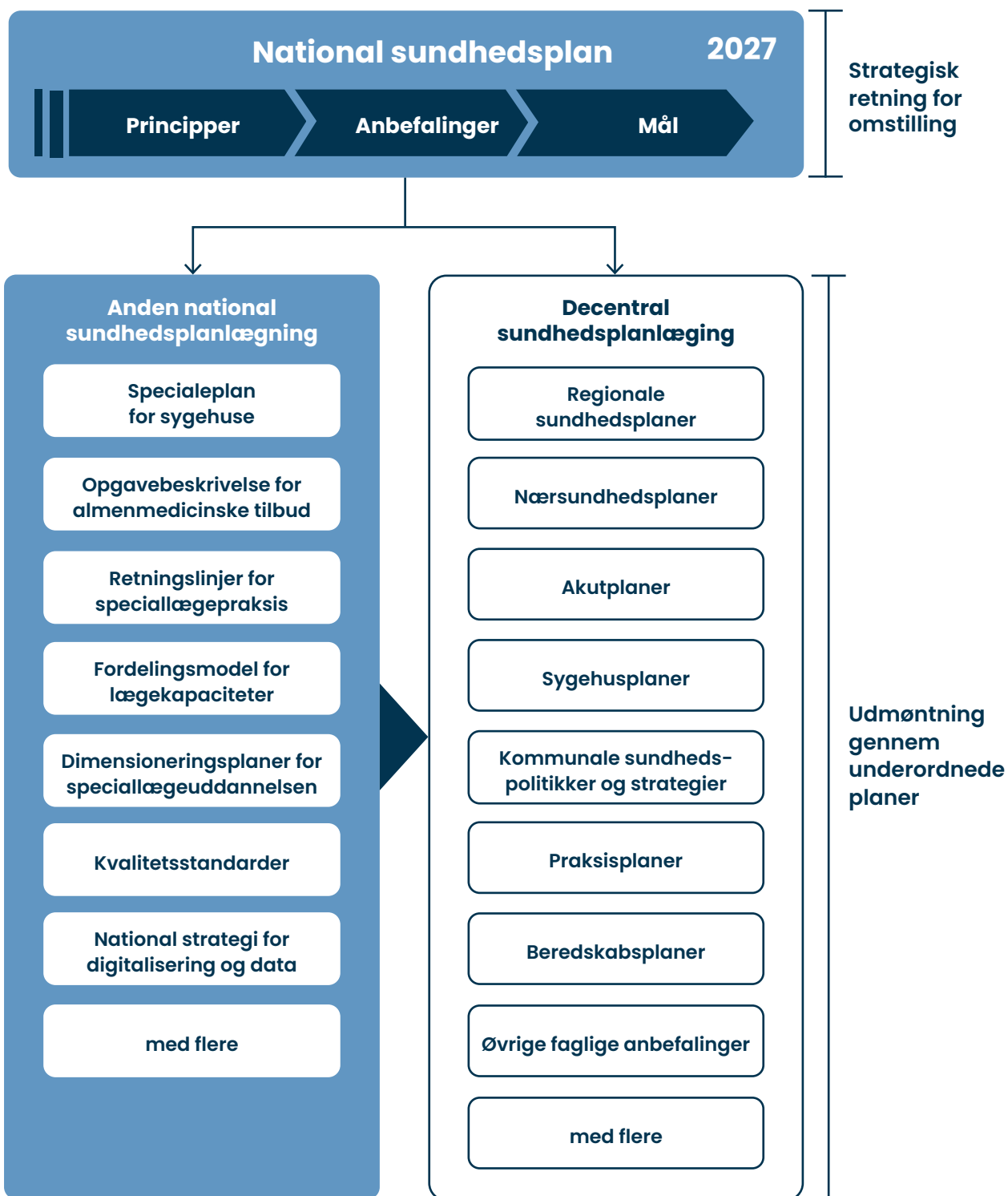
Se: www.sst.dk/vidensbase/sundhedsvaesenets-rammer/specialeplanlaegning-for-sygehusvaesenet

²⁰ Sundhedsstyrelsen. *Fremtidens speciallæge - ændring af den lægelige videreuddannelse*. 2024.

²¹ Sundhedsstyrelsen. *Uddannelse af specialsygeplejersker*. Opdateret 28. november 2025.

Se: www.sst.dk/vidensbase/uddannelser/uddannelse-af-specialsygeplejersker

Figur 2 Forandring gennem principper, anbefalinger og mål



4.3. Decentral sundhedsplanlægning

I den decentrale sundhedsplanlægning skal regioner og regionsråd (herunder sundhedsråd) samt kommuner og kommunalbestyrelser tilrettelægge sig i overensstemmelse med den nationale sundhedsplan.

Det gælder blandt andet nedenstående planlægning.

4.3.1. Regional sundhedsplan

Den regionale sundhedsplan udarbejdes af regionsrådet og skal være i overensstemmelse med den nationale sundhedsplan. Den regionale sundhedsplan sætter blandt andet rammer for den regionale opgavevaretagelse på en række faglige områder. Den regionale sundhedsplan fastlægger den tværgående planlægning af sygehusaktivitet og udvikling af det tværregionale sundhedstilbud. Den regionale sundhedsplan beskriver også den tværgående fordeling af kapacitet mellem sundhedsrådene og de overordnede rammer for udbygning og udvikling af almenmedicinske tilbud i regionen²².

Den regionale sundhedsplan udgør den enkelte regions samlede ramme om indsatsen på sundhedsområdet, og giver aktører og samarbejdspartnere et samlet overblik over den regionale sundhedsplanlægning. Regionsrådene vil ved udarbejdelse af kommende regionale sundhedsplaner skulle understøtte overensstemmelse med den nationale sundhedsplan og have samspillet mellem den regionale sundhedsplan og nærsundhedsplanen for øje.

Regionernes sundhedsplanlægning får med implementeringen af en national sundhedsplan et tydeligere ansvar for den samlede populationsbaserede planlægning. Kapacitetsstyringen for almenmedicinske tilbud vil i praksis ligge i sundhedsrådene, da den nationale fordelingsmodel fordeler ressourcer på sundhedsrådsniveau.

For regionsrådene bliver de regionale sundhedsplaner det centrale styringsdokument, der oversætter de nationale rammer til regional organisering og drift.

Den regionale sundhedsplanlægning sker med udgangspunkt i den regionale befolkningssammensætning, sundhedsprofil, sygdomsbyrde og geografi, med henblik på at tilrettelægge sundhedsindsatser, kompetencer og infrastruktur herefter. Det skal ske ud fra et samlet blik for alle de regionale sundhedsindsatser og med inddragelse af bidrag fra sundhedsrådene, for at opnå lige adgang til tilbud på tværs af regionen. Den nationale sundhedsplan giver strategisk retning for regionens tværgående prioritering af ressourcer mellem de forskellige regionale sundhedsindsatser, og kapacitetsopbygning af blandt andet praksissektoren og øvrige nære regionale sundhedsindsatser, såsom sundheds- og omsorgspladser og patientrettet forebyggelse.

Der kan fx i den regionale sundhedsplan arbejdes med tværgående udvikling af sygehusene i forhold til kvalitet og organisering, såvel som den tværgående fordeling af kapacitet mellem sundhedsrådene for at understøtte adgang til behandling af ensartet kvalitet på tværs. De regionale sundhedsplaner kan beskrive opbygning og fastholdelse af robuste faglige miljøer og rekrutteringsgrundlag på tværs af regionen, og hvordan de understøtter lige adgang til sundhed i hele landet, gennem blandt andet robuste akutsygehuse og lægedækning. De regionale sundhedsplaner skal forholde sig til den tværgående integration af psykisk og somatisk sygdom og medtage psykiatrien i alle centrale tværgående planlægningsbeslutninger.

I tilknytning hertil skal regionerne varetage den tværgående planlægning af omlægning af sygehusaktivitet, og styrkelse af akutberedskab, den præhospitale indsats, samt forsyning af funktioner, der kun leveres fra et eller få sygehuse. Det vil blandt andet ske gennem planlægning af sygehusfunktioner (somatik og psykiatri), tværgående enheder på regionsniveau i forhold til fx kvalitetsopfølgning, samt samarbejde mellem sygehuse i forhold til kapacitet.

Hertil kommer fastlæggelse af overordnede rammer for udbygning og udvikling af almenmedicinske tilbud i regionen. Regionerne skal beskrive regionens strategi for almenmedicinske tilbud i forhold til blandt andet kapacitet, tilgængelighed og samarbejde om forløb,

²² *Indenrigs- og Sundhedsministeriet, KL, Danske Regioner, Håndbog om sundhedsråd, December 2025:*

data og opgaveløsning. Indenfor rammerne af National opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud²³ betyder den nationale sundhedsplan blandt andet, at der trinvist og på sigt vil komme flere patientkontakter i almenmedicinske tilbud samlet set, og indenfor flere sygdomsområder end nu, og i en større del af det samlede forløb. Regionerne skal understøtte, at almenmedicinske tilbud får bedre kapacitet til de mest komplekse borgere og får en større koordinationsfunktion. Herunder, at almenmedicinske tilbud vil have mere kontakt og samarbejde med sygehuse og kommunale sundhedsindsatser.

Dertil kommer, at regionerne kan beskrive retningen i den nationale sundhedsplan i forhold til flere og bedre kliniske retningslinjer, muligheder for beslutningsstøtte, større kendskab til befolkningens sundhed lokalt og til populationen tilknyttet klinikken, og at almenmedicinske tilbud bruger kendskabet til opsporende indsatser og differentiering.

4.3.2. Nærsundhedsplan

Sundhedsrådene varetager på vegne af og under regionsrådets ansvar den umiddelbare forvaltning af regionens sundhedsopgaver inden for deres afgrænsede geografiske område. Det omfatter også det umiddelbare ansvar for sundhedsplanlægning i det geografiske område, som sundhedsrådet er ansvarligt for, herunder udarbejdelse af nærsundhedsplaner.

Nærsundhedsplanen har fokus på omstilling og planlægning af de nære sundhedsopgaver. Det gælder således den lokale planlægning af henholdsvis udviklingen af almenmedicinske tilbud, nære regionale sundhedsindsatser, understøttelse af kommunale sundhedsindsatser samt initiativer med fokus på at vende sygehuse udad inden for sundhedsrådets geografisk afgrænsede område. Ved sidstnævnte vil blandt andet kunne forstås initiativer, som indebærer, at sygehuse tager ansvar før og efter sygehusophold, stiller kompetencer til rådighed for det øvrige sundhedsvæsen og omlægger til nære tilbud. Derudover omfatter

nærsundhedsplanen indsatser indenfor både somatik og psykiatri samt integration af de to områder, og indsatser for mennesker med psykiske lidelser, som har forløb på tværs af psykiatri og somatik, og at understøtte samspil med kommunale indsatser.

Nærsundhedsplanen skal indeholde en beskrivelse af arbejdet med nedenstående, samt mål herfor:

- Lokal planlægning og udvikling af almenmedicinske tilbud
- Lokal planlægning og udvikling af regionale sundhedsindsatser indenfor både somatik og psykiatri og integrationen af de to områder; fx indsatser for mennesker med psykiske lidelser, som har forløb på tværs af psykiatri og somatik
- Understøttelse af samspillet med kommunale indsatser for mennesker med psykiske lidelser
- Indsatser, der vender sygehuse udad, fx hvordan sygehuse tager ansvar før og efter sygehusophold, stiller kompetencer til rådighed for det øvrige sundhedsvæsen og omlægger til nære tilbud
- Understøttelse af kommunale sundhedsindsatser²⁴

Sundhedsrådene skal med afsæt i den nationale sundhedsplan og i overensstemmelse med den regionale sundhedsplan dermed udarbejde en nærsundhedsplan, der konkret beskriver omstilling og udbygning af det nære sundhedsvæsen, samt hvordan sygehuse understøtter behandling tæt på borgerne.

Nærsundhedsplanen kan sætte retning for aftaler mellem kommunalbestyrelserne og regionsrådene, herunder regional medfinansiering af kommunale indsatser. Nærsundhedsplanen kan desuden forholde sig til sammenhæng til områder, som relaterer sig til sundhedsområdet, herunder fx social-, ældre- og børne- og ungeområdet.

²³ Sundhedsstyrelsen. National opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud. 2026

²⁴ Indenrigs- og Sundhedsministeriet, KL, Danske Regioner, Håndbog om sundhedsråd, 2025.

4.3.3. Kommunale politikker og strategier på sundhedsområdet

I det omfang, at de findes, skal kommunalbestyrelserne sikre overensstemmelse mellem kommunale sundhedspolitikker og -strategier og den nationale sundhedsplan. Kommunerne skal desuden tage bestik af retningen i den nationale sundhedsplan i det løbende strategiske arbejde indenfor de kommunale opgaver efter sundhedsloven. Det gælder blandt andet i forhold til, hvordan den nationale sundhedsplan sætter retning for den fremadrettede udvikling i kvalitetskrav og anbefalinger målrettet kommunale sundhedsindsatser, hvilket blandt andet kan ske ved nationale kvalitetsstandarder. Endvidere kan nærsundhedsplanen danne udgangspunkt for de aftaler, som indgås mellem kommunalbestyrelserne og regionsrådene i den regionale medfinansiering af kommunale indsatser. På øvrige forvaltningsområder kan kommunerne med fordel også orientere sig mod den nationale sundhedsplan og nærsundhedsplaner for at understøtte en samlet omstilling. De øvrige forvaltninger, som fx social-, ældre-, beskæftigelses-, bolig- og børne- og ungeområdet, har således betydning for den samlede indsats vedrørende sundhed, forebyggelse og rehabilitering. Blandt andet i forhold til kommunalbestyrelsernes arbejde med sammenhæng i den samlede indsats til mennesker med psykiske lidelser.

Også kommunernes planlægning på sundhedsområdet skal tage udgangspunkt i kommunens lokale population, baseret på sygdomsmønstre, sundhedskompetence, trivsel, risikoadfærd og sociale forhold. Kommunerne spiller en central rolle i at omsætte viden om borgernes sundhed og trivsel til målrettede og sammenhængende indsatser. Som følge af den nationale sundhedsplan, skal kommunerne i stigende grad differentiere deres indsatser ud fra borgernes ressourcer og sundhedskompetence, fx gennem digital støtte, målrettede forløb og forebyggelse for udsatte grupper.

Kommunerne bidrager gennem samarbejde og dialog med regioner og sundhedsråd til den regionale planlægning, fx med deling af oplysninger om kommunale opgaver, kompetencer og kapacitet. Kommunerne skal som led i en kommende folkesundhedslov fortsat arbejde med strukturel forebyggelse på tværs af forvaltningsområder.



5

Bilag

5. Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Kommissorium for Følgegruppen for fagligt oplæg til national sundhedsplan

Bilag 2: Centrale begreber

Bilag 1: Kommissorium

Følgegruppe for fagligt oplæg til national sundhedsplan

Introduktion

Med afsæt i *Aftale om sundhedsreform 2024* skal der udarbejdes en national sundhedsplan med et sigte på 8-10 år, som sætter fælles strategisk retning for udviklingen af et mere nært sundhedsvæsen og en større lighed i adgang til sundhedsindsatser på tværs af landet.

Sundhedsstyrelsen er ansvarlig for at udarbejde et fagligt oplæg til den nationale sundhedsplan, som skal være grundlag for, at regeringen, Danske Regioner og KL kan indgå en aftale om den nationale sundhedsplan i foråret 2026.

Den nationale sundhedsplan skal udgøre en overordnet, fælles strategisk ramme for sundhedsplanlægning. Det betyder, at øvrige nationale og lokale styrings- og planlægningsværktøjer fremadrettet skal orientere sig mod den nationale sundhedsplan, herunder at sundhedsrådene skal udarbejde nærsundhedsplaner med afsæt i den nationale sundhedsplan.

Udover oplægget til den nationale sundhedsplan skal Sundhedsstyrelsen i det kommende år løse en række opgaver, som er en direkte følge af *Aftale om sundhedsreform 2024* eller som kan ses i sammenhæng med reformen. Det drejer det sig blandt andet om bidrag til udarbejdelse af Folkesundhedsloven, Opgavebeskrivelse og basisfunktion for almen medicinske tilbud, Pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom, Nationale retningslinjer for regionernes planlægning af speciallægepraksis og revision af specialeplanen. Da den nationale sundhedsplan skal udgøre en overordnet strategisk ramme for disse øvrige nationale styringsværktøjer vil Sundhedsstyrelsen sørge for en tæt koordinering i udarbejdelsen af disse. Arbejdet vil foregå i parallelle spor, hvor der bliver nedsat en række følge- og arbejdsgrupper med inddragelse af faglige eksperter og relevante aktører i sundhedsvæsenet.

Rammer og indhold for Sundhedsstyrelsens arbejde med det faglige oplæg til national sundhedsplan er beskrevet i **Indenrigs- og**

Sundhedsministeriets Kommissorium for Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til den nationale sundhedsplan.

Det fremgår heraf, at det faglige oplæg skal indeholde følgende:

- **Principper for udviklingen af det samlede sundhedsvæsen**
Principperne skal beskrive den overordnede, strategiske retning for udviklingen af sundhedsvæsenet over de næste 8-10 år med udgangspunkt i reformaftalens to hovedformål: bedre fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet og styrkelse af det almene sundhedsvæsen tæt på borgerne.
- **Mål for omstilling**
Omstillingsmålene omsætter principperne ved at sætte konkret retning på en forandring eller udvikling i den nuværende opgaveløsning, som skal realisere omstillingen mod et mere nært sundhedsvæsen og understøtte en bedre geografisk fordeling af ressourcer. De kan fx have fokus på en given målgruppe eller specifikke behandlingstilbud og udtrykke omfanget af den ønskede forandring. Målene kan have forskellige tidshorisonter (fx kort og lang sigt).
- **Virkemidler for forandring**
Det faglige oplæg skal beskrive relevante virkemidler til at opnå omstillingsmålene, herunder fx tiltag indenfor udvikling i kapacitet, kompetencer, prioritering, samarbejde om og organisering af opgaveløsning samt etablering af digitale forudsætninger for målet. Beskrivelserne af virkemidler kan også være nuværende kompetencer, der skal sættes i spil på nye måder, eller etablering af nye samarbejdsformer som led i at muliggøre omstillingen. Virkemidlerne kan variere afhængig af det specifikke behov, geografiske forskelle mv.

Det faglige oplæg skal endvidere forholde sig til udvikling af tilbud om hjemmebehandling, mål for den akutte sundhedsindsats, data- og digitalisering, samt hvordan der på nationalt og lokalt plan kan følges op på omstillingsmål og udviklingen i sundhedsvæsenet.

Følgegruppens formål og opgaver

Sundhedsstyrelsen nedsætter en følgegruppe med henblik på at kvalificere arbejdet med det faglige oplæg og at inddrage de centrale aktører for en national sundhedsplan.

Følgegruppen skal løbende kvalificere og rådgive om:

- Koncept for den nationale sundhedsplan, de taljeringsniveau og relation til øvrige styrings og planlægningsværktøjer
- Målbillede og principper for sundhedsvæsenet i det kommende tiår
- Mål for omstillingen og mulige tiltag samt forudsætninger for, og konsekvenser heraf
- Vidensgrundlag, herunder viden om sundhedsfaglige og organisatoriske forhold, forskning, ledelse, kvalitetsudvikling, målstyring o.l., hvor der anlægges samfunds- og patientperspektiver.

Det leder frem til, at Sundhedsstyrelsen udarbejder en konkluderende rapport med bilag, der indeholder retningsgivende principper for udvikling af sundhedsvæsenet samt motiverede omstillingsmål og virkemidler målrettet de væsentligste udviklingsområder, til Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Udover inddragelse af følgegruppen indhenter Sundhedsstyrelsen også faglig viden og rådgivning om specifikke emner via møder med eksperter med viden om fx almenmedicinske tilbud, sundhedsøkonomi, sundhedstjeste-forskning, data og digitalisering mv., samt øvrige relevante aktører i sundhedsvæsenet. Følgegruppen skal drøfte og kvalificere essensen af den indhentede viden.

Eventuelt kan Sundhedsstyrelsen inddrage andre fora som fx Rådgivende Udvalg for Specialeplanlægning og Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet.

Jf. Indenrigs- og Sundhedsministeriets kommissorium for fagligt oplæg til national sundhedsplan etableres endvidere et dialogforum bestående af repræsentanter fra Sundhedsstyrelsen, KL, Danske Regioner samt Indenrigs- og Sundhedsministeriet, for løbende dialog om status på arbejdet med det faglige oplæg.

Følgegruppens sammensætning

Sundhedsstyrelsen varetager formandskabet og sekretariatsfunktionen for følgegruppen, og supplerende ekspertise kan inddrages efter behov.

Navn	Organisation
Steen Dalsgård Jespersen Vicedirektør (forperson)	Sundhedsstyrelsen
Henrik Aarup Kristensen Direktør for Sundhed og Velfærd	Brønderslev Kommune
Stine Sønderby Bonde Sundhedschef	Odense Kommune
Alberte Burgaard Velfærdsdirektør	Ishøj Kommune
Margrete Kusk Pedersen Direktør for Handicap, Ældre og Arbejdsmarked	Slagelse Kommune
Jens Bejer Damgaard Pleje- og rehabiliteringschef	Aarhus Kommune
Hanne Agerbak Kontorchef	KL
Erik Jylling Lægefaglig koncerndirektør	Region Hovedstaden
Rikke Skou Jensen Direktør for Sundhedsplanlægningen	Region Midtjylland
Anne Bukh Koncerndirektør	Region Nordjylland
Jesper Gyllenborg Koncerndirektør	Region Sjælland
Kurt Espersen Koncerndirektør	Region Syddanmark
Helene Probst Lægefaglig direktør	Danske Regioner
Bolette Friderichsen Speciallæge i almen medicin og formand og praktiserende læge hos Familielægerne i Hobro	Dansk Selskab for Almen Medicin
Maria Krüger Speciallæge i almen medicin og næstformand i DSAM, praktiserende læge i Klinik Falken, Frederiksberg	Dansk Selskab for Almen Medicin

Navn	Organisation
Dea Seidenfaden Forperson	Dansk Psykolog Forening
Michael Skovdal Rathleff Professor, PhD, DMSc	Dansk Selskab for Fysioterapi
Karen la Cour Professor	Ergoterapifaglige selskaber
Sofie Tolstrup Sundhedspolitisk konsulent	FOA
Hanne Winther Frederiksen Oversygeplejerske på Indvandrermedicinsk klinik, Amager Hvidovre Hospital	Dansk Sygepleje Selskab
Christian Legind Medlem af LVS' bestyrelse og psykiater	Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber (LVS)
Morten Freil Direktør	Danske Patienter
Pernille Slebsager Patientstøttedirektør	Kræftens Bekæmpelse
Linda Garlov Landsformand	Osteoporoseforeningen
Michael Teit Nielsen Vicedirektør	Ældre Sagen
Pernille Tougaard Kontorchef Sundhedsstruktur	Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Mette Keis Jepsen Afdelingschef for Analyse, statistik og økonomi	Sundhedsdatastyrelsen
Peter Munch Jensen Afdelingschef for strategi og udvikling	Sundhedsdatastyrelsen

Tidsplan

Sundhedsstyrelsen indleder arbejdet i foråret 2025 og afleverer det faglige oplæg til Indenrigs- og Sundhedsministeriet i starten af 2026 med henblik på politisk opfølgning.

Bilag 2: Centrale begreber

I rapporten anvendes betegnelserne 'det primære sundhedsvæsen' og 'det sekundære sundhedsvæsen'. Det gælder for både det primære og det sekundære sundhedsvæsen, at de hver især og sammen er en integreret del af det samlede sundhedsvæsen.

Ved 'det primære sundhedsvæsen' forstås:

Det primære sundhedsvæsen giver lige adgang til sundhedsindsatser tæt på, hvor befolkningen bor. Det primære sundhedsvæsen tilbyder helhedsorienteret forebyggelse, behandling og rehabilitering og udgør som udgangspunkt både den første kontakt mellem borger og sundhedsvæsen og den løbende og kontinuerlige indsats. Det primære sundhedsvæsen består af indsatser på tværs af kommuner, almenmedicinske tilbud, privatpraktiserende sundhedsprofessionelle mv. og understøttes af udgående funktioner, rådgivning mv. fra sygehusene/det sekundære sundhedsvæsen

Ved 'det sekundære sundhedsvæsen' forstås:

Det sekundære sundhedsvæsen betegner overvejende den del af sundhedsvæsenet, der varetager patientbehandling efter henvisning fra hovedsageligt almenmedicinske tilbud eller andre aktører i det primære sundhedsvæsen. Det omfatter især indsatser forankret på sygehuse som tilbydes stationært, ambulantly eller som fremskudte indsatser efter sundhedsloven, men også indsatser som præhospital indsats i sammenhæng til øvrige udgående funktioner.

Ved 'omstilling af sundhedsvæsenet' forstås:

En bevægelse henimod en ændret opgavevaretagelse, hvor flere opgaver og mere behandling fremover sker tæt på borgerne, enten i lokalområdet, understøttet digitalt eller uden for sygehusene. Omstilling kan bestå af flere komponenter, herunder ændret opgavevaretagelse, opgavetransformation og reduktion i unødigt aktivitet. Omstilling af sundhedsvæsenet betyder, at tilrettelæggelse af sundhedsindsatser sker mere hensigtsmæssigt, ved at ansvar samles, at sundhedsindsatser ydes på nye måder, at ressourcer placeres dér, hvor sundhedsindsatserne giver sundhedsmæssig gevinst, og at der sker en væsentlig styrkelse af forebyggelse af sygdom. Omstilling skal således også forstås som en mere sammenhængende opgaveløsning på tværs af sygehuse, kommuner og praksis-sektor, hvor der bliver taget et mere samlet ansvar for patientforløbet.

Som væsentlige elementer i en omstilling, skal det primære sundhedsvæsen styrkes, for dermed i højere grad at tage ansvar for patientens samlede forløb. Sygehusene skal have en mere udadvendt rolle og støtte resten af sundhedsvæsenet. Omstillingen indebærer, at sygehusene skal omlægge aktivitet i takt med, at de nære sundhedsindsatser styrkes, og kapaciteten i det primære sundhedsvæsen øges. Det betyder også, at sygehusene i stigende grad vil skulle understøtte det primære sundhedsvæsen og de nære sundhedsindsatser med fx rådgivning og udkørende funktioner. Omstillingen kan også indebære en omlægning af ambulant sygehusaktivitet til indsatser i eller tættere på borgerens eget hjem og et samarbejde med det primære sundhedsvæsen om hjemmebehandling. Ressourcerne skal fordeles mere hensigtsmæssigt på tværs af landet, så borgerne har bedre adgang til sundhedsvæsenet, tæt på hvor de bor.

Ved 'populationsansvar' forstås:

Populationsansvar i sundhedsvæsenet betyder, at sundhedsprofessionelle (fx almenmedicinske tilbud, en kommune eller en sygehusafdeling) har et organisatorisk og fagligt ansvar for sundhed, forebyggelse, behandling og pleje hos alle borgere i en bestemt geografisk, demografisk eller organisatorisk afgrænset population. Populationsansvaret gælder således for hele gruppen, og ikke kun for de individer, som aktuelt er i kontakt med sundhedsvæsenet.

Sundheds- og Kirkeministeriet
Holbergsgade 6
1057 København
Tlf. 72 26 90 00