

Ny dansk modell for organisering av helsevesenet

**Likheter med og
konsekvenser for framtidig organiseringen
av norsk helsevesen**

GRUNNLEGGENDE PROBLEMSTILLINGER FOR OFFENTLIG HELSEVESEN

- Behov/etterspørsel etter helsetjenester er I ØKENDE GRAD større enn tilgjengelige økonomiske og personellmessige ressurser
- Den grunnleggende problemstillingen ved organisering av helsevesenet, handler derfor reelt sett om hvordan ressursbruken kan prioriteres/begrenses/reduceres.
- Men denne målsettingen kommer sjelden klart til uttrykk POLITISK
- I stedet blir det fokusert på at alle innbyggere har rett til de samme/gode helsetjenestene – uansett økonomi og hvor de bor i landet.
- Gjennom de siste 30 årene har det i Norge vært mange utvalg som forgjeves har forsøkt å finne POLITISK aksepterte kriterier for å redusere offentlige helseutgifter.
- Lønning-utvalget: En av disse utredningene ble ledet av en professor i teologi – trolig for å gi foreslåtte prioriteringer/ begrensninger etisk legitimitet
- Bovim-utvalget: Forventes å avlegge rapport i løpet av høsten 2026.

ORGANISERING AV DANSK HELSEVESEN

- Dansk helsevesen har en organisering som er lik norsk helsevesen FØR sykehusene ble overtatt av staten og organisert som helseforetak:
- Folkevalgte regioner driver sykehusene/spesialisthelsetjenesten
- Kommunene driver primærhelsetjenesten - slik som i Norge.
- Helsesektoren i både Danmark og Norge er mao. fordelt på 2 ulike forvaltningsnivåer.
- Dette skaper store utfordringer mht. samordning/standardisering, prioritering og innhold/kvalitet i tjenestene.

OVERSIKT OVER DANSK HELSEREFORM

- Den **nye danske sundhedsreform** (aftalt i november 2024 og udrullet fra 2025–2027) er den største omlægning af sundhedsvæsenet siden 2004.
- Den har ét hovedmål: **et mere nært, sammenhængende og robust sundhedsvæsen**, hvor flere behandlinger foregår tættere på borgerne, og hvor kronikere og psykisk syge får bedre forløb.
- Nedenfor får du en klar, struktureret gennemgang af reformens vigtigste elementer — baseret på officielle danske kilder. Du bør altid dobbelttjekke politiske oplysninger i en officiel kilde.

HOVEDPUNKTER I DANSK REFORM

- **1. Fire nye stærke regioner**
- Reformen omorganiserer sundhedsvæsenet i **fire regioner** (i stedet for fem) for at skabe større faglige miljøer og mere ensartet kvalitet i hele landet.

- **2. Nye lokale sundhedsråd**
- Der oprettes **lokale sundhedsråd**, som skal sikre bedre koordinering mellem kommuner, regioner og praktiserende læger — især omkring kronikere og ældre.

Forts..

- **3. Lægereform og bedre lægedækning**
- Et centralt mål er **mere lige adgang til praktiserende læger**. Der er i dag store geografiske forskelle, og reformen skal sikre, at alle borgere kan få en læge tæt på.

Tiltag inkluderer:

- Flere uddannelsesstillinger
- Nye praksisformer
- Bedre rekruttering i yderområder

Forts..

- **4 . Integration af psykiatri og somatik**

- Psykiatrien skal **ligestilles** med det somatiske område.

Det betyder:

- Flere speciallæger i psykiatri
- Hurtigere udredning
- Bedre samarbejde mellem sektorer
- Større investeringer via 10-års planen for psykiatri

Forts.

- **5. Kronikerpakker**

- Der indføres **kronikerpakker** for bl.a. KOL, diabetes og hjertesygdomme.

Formålet er:

- Sammenhængende forløb
- Mindre risiko for forværring
- Bedre støtte til egenomsorg
- Færre (gen)indlæggelser

Forts.

- **6. Nye sundhedsopgaver til regionerne (fra 2027)**

Regionerne får ansvar for:

- **Akutsygepleje** tæt på borgerne
- **Sundheds- og omsorgspladser** (midlertidige ophold med sundhedsfaglig støtte)
- **Specialiseret genoptræning** (fx neurologi)
- **Patientrettet forebyggelse**

Forts.

- **7. Ny folkesundhedslov**

- Reformen understøttes af en **folkesundhedslov**, der skal styrke forebyggelse på tværs af sektorer og politikområder.

Forts.

- **8. Økonomi**

Der afsættes:

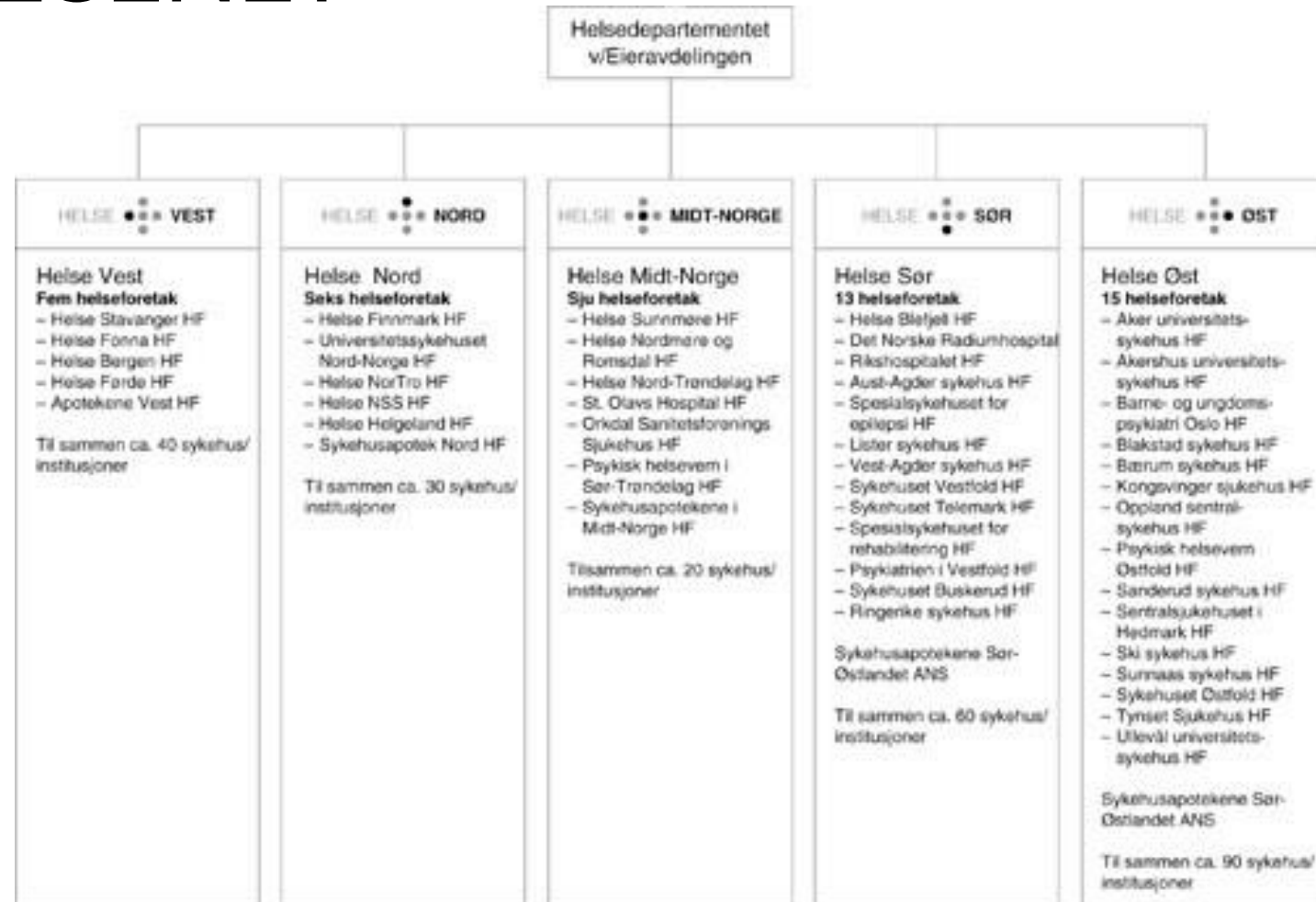
- **1,3 mia. kr. (2022–2025)**
- **387 mio. kr. årligt varigt** til at styrke det nære sundhedsvæsen.

>Forts.

- **9. Hvad betyder reformen for borgerne?**

- Kortere afstand til behandling
- Bedre adgang til praktiserende læger
- Styrket psykiatri
- Mere hjælp i hjemmet eller nærmiljøet
- Færre unødvendige indlæggelser
- Bedre forløb for kronisk syge

STRUKTUREN I DET NORSKE HELSEVESENET



- [Oversikt over landets helseforetak - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

FELLES STRUKTUR I BÅDE DANSK OG NORSK HELSEVESEN

- **Offentlig finansiering:** Begge land har et offentlig helsevesen som finansieres over skatteseddelen.
- **Todelt nivådeling:** Hovedstrukturen er lik, med et skille mellom kommunehelsetjenesten (nærhelsetjenesten) og spesialisthelsetjenesten (sykehusene).
- **Fokus på desentralisering:** Både Danmark og Norge har stort fokus på å flytte tjenester tettere på der pasienten bor.
- **Likeverdig tilbud:** Målet er å sikre at alle innbyggere, uavhengig av bosted, har tilgang til helsehjelp. [[1](#), [2](#), [3](#), [5](#), [6](#)]
- **Hovedforskjeller**
- Den største forskjellen ligger i **organiseringen av sykehusene**. I Norge eies sykehusene av staten gjennom fire regionale helseforetak ([RHF](#)), mens Danmark beholder sitt regionale folkevalgte styre (regionene) som sykehus-eiere. Norge bruker også vesentlig mer penger på helse per innbygger enn Danmark. [[1](#), [2](#), [3](#), [4](#)]

FELLES UTFORDRINGER I BEGGE LAND

1. Økende pleietyngde:

- Flere eldre - spesielt over 80 år (multisyke)
- Flere tilstander og aldersgrupper som kan behandles
- Flere multisyke – som er ressurskrevende å behandle
- økte krav/forventninger hos pasienter/befolkningen

2. Begrenset tilgang på ressurser – økonomi og personell

3. Forsikringsbasert lekkasje fra offentlig til privat helsevesen

Nærmere om privat helsevesen i begge land

- Anslagsvis 850.000 nordmenn og 3,5 mill. dansker har privat helseforsikring.
- I tillegg omfattes også familiemedlemmer.
- Behandling hos privat helsevesen blir betalt av arbeidsgivere gjennom forsikringsordninger (amerikansk system), samt kjøp av tjenester fra offentlig helsevesen (behandlingsgaranti).
- Erfarne offentlige sykehusleger legger oftere overtid til private klinikker, som i hovedsak er lokalisert i storbyer.
- DANSKE helsemyndigheter vurderer nå radikale tiltak mot slik sentralisering og privatisering av leger

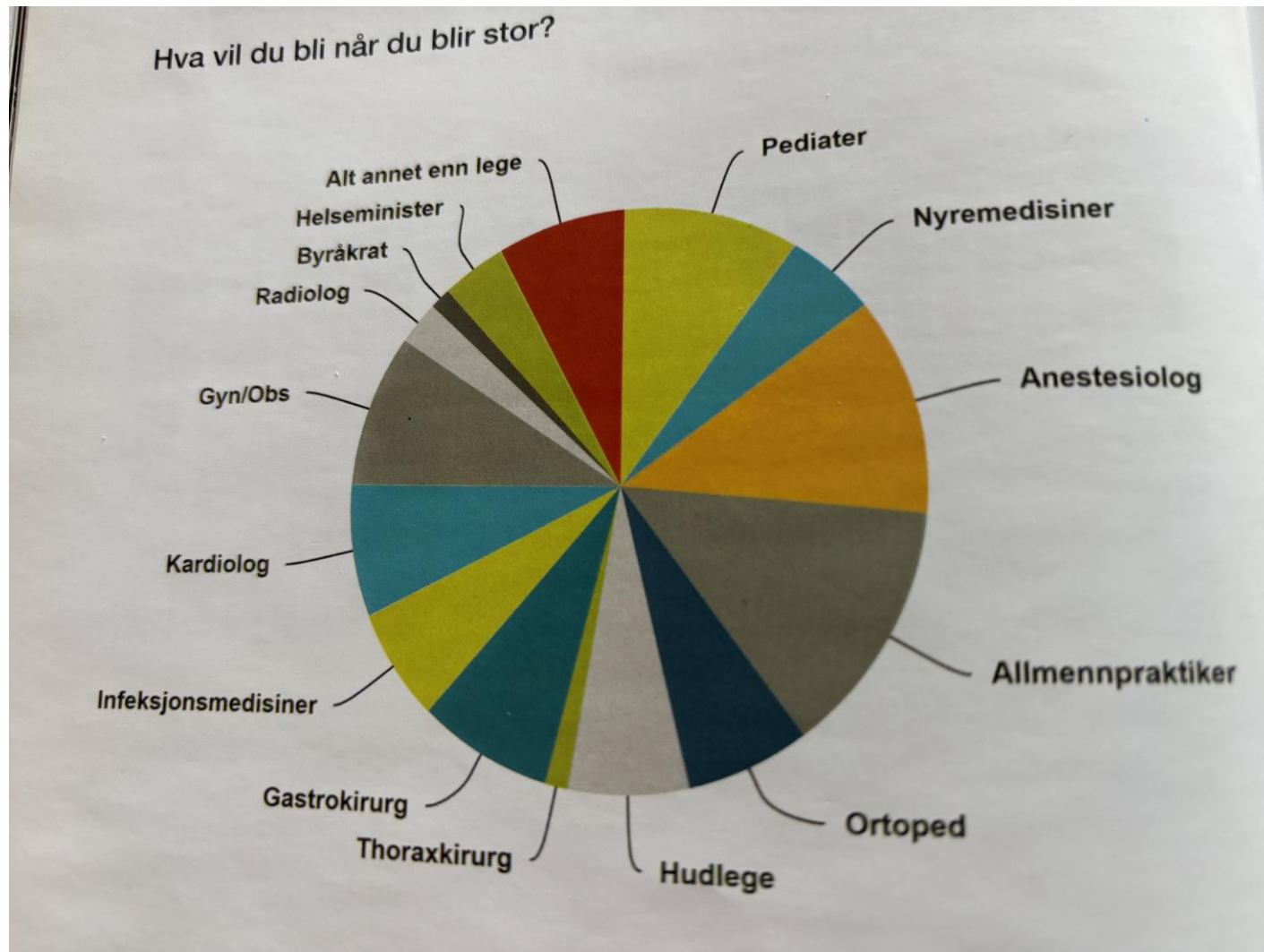
Utdanning og rekruttering av av leger

- Leger har den prinsipale rollen i helsevesenet, mens øvrig personell har en sekundær rolle – basert på legers beslutninger
- Det er i Norge ca. 30.000 leger og flere hundre tusen øvrige kategorier personell.
- Utdanningstiden for leger er minimum $6 / 1,5 / 0,5 = 12,5$ år.
- Utdanningstiden for øvrig helsepersonell er i hovedsak 3 år pluss.
- Leger utdannes i tilknytning de 4 universitetssykehusene, og spesialiseres ved disse samt ved større lokale akutt sykehus over hele landet.
- Dette samt helsemyndighetenes regelverk setter begrensninger for hvor mange leger som kan utdannes og spesialiseres i Norge.
- Antall leger setter sterke begrensninger for behandlingsskapasiteten innenfor helsevesenet.

HVOR OG HVORFOR ER DET LEGEMANGEL

- Legemangel er den primære kapasitetsbegrensningen i helsevesenet
- Legemangelen er varierende, og er økende innenfor offentlig helsevesen, for ALLE KATEGORIER LEGER, i rurale strøk, for enkelte sykehusspesialister og pga. faglige preferanse og redusert arbeidstid hos unge/nyutdannede leger.
- Leger velger i stor grad å etablere seg geografisk der de er oppvokst, og/eller hvor de har studert/spesialisert seg - som i hovedsak er i sentrale strøk/i og rundt de store byene.
- Med generell/økende legemangel er det derfor rurale strøk som sterkest merker den økende rekrutteringssvikten,
- Mange fastleger i rurale strøk har hjemstavn i og venter på ledige/lukrative stillinger i urbane strøk.
- For sykehusleger er det en sterk bevegelse mot universitetssykehus og private klinikker i og rundt større byer.

HVILKEN SPESIALISERING ØNSKER NYUTDANNEDE LEGER ?



OPPSUMMERING LEGEREKRUTTERING

- Legerekuttering er bestemmende for kapasiteten i helsevesenet
- Den økende legemangelen skyldes både flere (eldre) pasienter, begrenset utdanningskapasitet og legers preferanser mht. faglig spesialisering, arbeidstid og geografisk bosted.
- Det er økende sentralisering av leger i retning av universitetssykehusene, og videre til de private klinikkene i større byer.
- Det oppstår derfor økende legemangel i rurale strøk, og dette gjelder både fastleger og sykehusspesialister.
- Økende omfang av arbeidsgiverbasert helseforsikring medfører at erfarne leger i økende omfang går fra offentlig til privat helsevesen.

EKSEMPEL: UNIT, LOFOTEN OG NARVIK

- Unit opplever sterk spesialistflukt til private klinikker i Tromsø
- Helse NORD RHF forsøkte å overføre spesialister fra Gravdal og Narvik, ved å legge ned akutfunksjoner og fødeavdelinger der.
- Legespesialister og næringslivet i Lofoten satte i gang en politisk motoffensiv, som medførte at flertallet i Stortinget gikk i mot helseministeren.
- Et avgjørende argument var at nærhet til et akuttsykehus er helt avgjørende for rekruttering til næringslivet – spesielt i rurale strøk
- Helsevesenets betydning for generell rekruttering i øvrige deler av samfunnet er en relativt ny problemstilling i rurale strøk, hvor det tidligere har vært stor mangel på arbeidsplasser.
- Dette gjelder i særlig grad rekruttering av kvinner/barnefamilier og dermed lokalsamfunnenes langsiktige bærekraft.

TANKER OM VIDERE UTVIKLING

- Økt omfang av privat helsevesen, og dermed ytterligere todelt helsevesen.
- Tapping av offentlige sykehus for økonomi og legespesialister
- Sentralisering av sykehusspesialister til universitetssykehus og private klinikker i større byer.
- Nedlegging av akuttfunksjoner og fødeavdelinger ved rurale lokalsykehus.
- Sentraliseringen innenfor helsevesenet vil få negativ effekt på generell rekruttering og dermed samfunnsutviklingen i rurale strøk.