



Oplæg til ny model for specialeplanlægning



Oplæg til ny model for specialeplanlægning

© Sundhedsstyrelsen, 2025.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sprog: Dansk
Version: 1
Versionsdato: 27.08.2025
Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
September 2025

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	3
1. Introduktion	4
1.1. Kort om specialeplanlægning i dag.....	4
1.2. Behovet for en ny model.....	6
1.3. Specialeplanlægning som en del af national sundhedsplan.....	7
2. Oplæg til ny model for specialeplanlægning	9
2.1. Konsolidering af elementer i model.....	9
2.2. Justering af elementer i model.....	10
3. Bilagsfortegnelse	18
Bilag 1: Proces- og tidsplan for revision af specialeplanen.....	19
Bilag 2: Kommissorium for arbejdsgruppen vedr. fremtidig specialeplanlægning.....	21

1. Introduktion

I det følgende beskrives Sundhedsstyrelsens oplæg til en ny model for specialeplanlægning, som kan danne rammen for den fremtidige regulering af de mest specialiserede sygehusfunktioner i Danmark. I oplægget beskrives hvilken bevægelse den nye model giver anledning til, hvilke dele af den eksisterende model, der foreslås at fastholde (konsolideres) og hvilke der foreslås justeret.

Sundhedsstyrelsen har i udviklingen af oplæg til en ny model for specialeplanlægning fået rådgivning fra en arbejdsgruppe. Kommissorium for arbejdsgruppen fremgår af bilag 1. Derudover har Sundhedsstyrelsen inddraget styrelsens Regionale Baggrundsgruppe for Specialeplanlægning og det Rådgivende Udvalg for Specialeplanlægning, som består af repræsentanter fra de lægevidenskabelige selskaber, sygeplejefagligt selskab, Danske Regioner, de fem regioner samt Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Af bilag 2 fremgår endvidere den samlede tentative proces- og tidsplan for revisionen af specialeplanen, herunder de enkelte faser samt hvornår der opnås en effekt af arbejdet i sundhedsvæsenet og for patienterne.

1.1. Kort om specialeplanlægning i dag

De seneste årtiers fokus på specialisering og centralisering i sygehusvæsenet har bidraget til store forbedringer af behandlingskvaliteten, hvilket også har været afspejlet i en stigning i overlevelsen blandt fx kræft- og hjertepatienter. Specialeplanlægning har været et væsentligt styringsredskab til at sikre disse kvalitetsforbedringer. Siden 2007 har Sundhedsstyrelsen fastsat krav til varetagelsen af de specialiserede sygehusfunktioner og godkendt hvilke sygehuse, der kan varetage funktionerne. Der er tale om et mindre udsnit af den samlede sygehusaktivitet¹, som reguleres af Sundhedsstyrelsens specialeplan. Det drejer sig om de komplekse, sjældne og/eller ressourcekrævende funktioner, som kræver særlig ekspertise, tæt samarbejde mellem mange forskellige lægelige specialer og/eller et særligt set-up. Udgangspunktet for specialeplanlægningen er, at 'øvelse gør mester'. Det betyder, at en funktion kun bør varetages få steder, for at sikre, at der er den fornødne og hensigtsmæssige viden, rutine, erfaring og volumen, samt de nødvendige faciliteter til at funktionen kan varetages med høj kvalitet. Fælles for specialfunktionerne er, at de hver især dækker over mindre patientgrupper, hvor der derfor er fordele ved at samle aktiviteten på færre sygehuse, netop for at styrke kompetencerne til at varetage behandlingerne, og dermed den faglige kvalitet i tilbuddet til patienten, men også for at sikre en effektiv ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet.

Den faglige udvikling påvirkes af den videnskabelige og teknologiske udvikling, der medfører, at der løbende kommer nye behandlingsmuligheder, herunder bl.a. personlig medicin og nye kirurgiske metoder. Nogle af disse vil være særligt komplekse og omkostningstunge. Det betyder også, at specialeplanlægning er et redskab til at regulere, om og hvordan komplekse og omkostningstunge nye behandlinger indføres i Danmark, eller om patienterne i stedet skal tilbydes behandlingen i udlandet. Specialeplanlægning er dermed også et redskab, der kan sikre, at der opnås erfaringer med et behandlingstilbud et sted i en dansk kontekst, før det bredes mere ud. Specialeplanen fungerer altså også som "gatekeeper" i forhold til etablering af komplekse og omkostningstunge behandlinger i sundhedsvæsenet, således at udviklingen

¹ Sundhedsstyrelsen har tidligere estimeret, at de funktioner, der er reguleret i specialeplanen, udgør ca. 10 % af den samlede sygehusaktivitet. Det er på nuværende tidspunkt ikke muligt at estimere den præcise andel, da det i dag ikke er muligt at isolere specialfunktioner i de nationale registre (LPR, DRG-takster)

ikke drives af fx faglig eller lokalpolitiske interesser, men bliver en national afvejning af faglige hensyn, kapacitet og ressourcer.

Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning bidrager således til, at varetagelsen af de specialiserede sygehusfunktioner i Danmark sker efter en national afvejning af faglige hensyn, kapacitet og ressourcer. Boks 1 beskriver kortfattet Sundhedsstyrelsens nuværende model for specialeplanlægning².

Boks 1: Sundhedsstyrelsens nuværende model for specialeplanlægning

Sundhedsloven

Ifølge sundhedslovens § 208 fastsætter Sundhedsstyrelsen krav til specialfunktioner (i loven benævnt lands- og landsdelsfunktioner) på regionale og private sygehuse og godkender der placeringen af specialfunktioner på sygehuse. Sundhedsstyrelsen har dermed den lovgivningsmæssige kompetence til at oprette og nedlægge specialfunktioner, samt til at tildele og fratage godkendelser af varetagelsen af specialfunktioner. Sundhedsstyrelsen skal i forbindelse med specialeplanlægningen inddrage Det Rådgivende Udvalg for Specialeplanlægning, der består af regionerne, lægevidenskabelige og sygeplejefaglige selskaber, Danske Regioner og Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Niveauer af sygehusfunktioner

Der er to niveauer i Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning, i loven kaldet lands- og landsdelsfunktioner, som er oversat til højt specialiserede funktioner og regionsfunktioner. Derudover har der i begrænset omfang været anvendt udviklingsfunktioner, når der er et helt særligt behov for en landsdækkende tæt opfølgning af en specialfunktion, der er uafklaret, fx med hensyn til anvendelsesområder, indikationer, faglige forudsætning mv. Regionsfunktioner, er typisk er placeret 1-3 steder i hver region, og højt specialiserede funktioner, er typisk er placeret 1-3 steder i landet. Hovedparten af sygehusaktiviteten betegnes hovedfunktionsniveau, hvor styrelsen udarbejder anbefalinger, men ikke definerer krav til varetagelsen.

Krav til varetagelse af specialfunktioner

Sundhedsstyrelsen stiller i dag en række krav til varetagelsen af specialfunktioner (generelle, specialespecifikke og funktionsspecifikke), herunder:

- 1) *Kapacitet og robusthed:* Antallet af speciallæger, som kan varetage den givne funktion (som udgangspunkt stilles der krav om 3 speciallæger)
- 2) *Aktivitet, erfaring, ekspertise:* Antallet af udførte operationer, procedurer, patientforløb for at fastholde rutinen og kompetencerne til at varetage funktionen. Derudover kan der være krav til tværgående funktioner, akutberedskab og sammenhæng til varetagelsen af andre specialfunktioner
- 3) *Kompetencer:* Krav til personale, som kan varetage funktionen – både speciallæger men også plejepersonale og andre faggrupper med de relevante specifikke kompetencer til at varetage funktionen
- 4) *Samarbejdende specialer:* Krav om samarbejdende specialer, hvor det er relevant for varetagelsen af specialfunktionen. Betyder ofte, at specialfunktioner samles på et begrænset antal sygehuse, idet specialfunktioner ofte forudsætter en bred vifte af samarbejdende specialer og faciliteter
- 5) *Udvikling:* Krav til forskning, udvikling og uddannelse.

Specialeplanen og antal funktioner

Sundhedsstyrelsens krav til varetagelse af specialfunktioner og godkendte sygehuse fremgår af de enkelte specialevejledninger. Der er i alt 37 specialevejledninger bestående af vejledninger for 35 lægefaglige specialer, et tandlægespecial samt en specialevejledning med tværgående funktioner. De 37 specialevejledninger udgør tilsammen den nationale specialeplan. Specialevejledningerne er juridiske bindende dokumenter. Den første specialeplan blev udarbejdet i 2009 og revideret i 2017. Derudover er der sidenhen løbende justeret i de enkelte specialevejledninger. Der er i dag ca. 1.000 funktioner, der reguleres af Sundhedsstyrelsens specialeplan, heraf ca. 330 regionsfunktioner og ca. 670 højt specialiserede funktioner. Sundhedsstyrelsen laver en årlig opfølgning blandt de offentlige og private sygehuse, der er godkendt til at varetage funktionerne.

² Specialeplanlægning - Begreber, principper og krav – Sundhedsstyrelsen

1.2. Behovet for en ny model

Den nuværende model for specialeplanlægning blev formaliseret med sundhedsloven i 2007, og afspejler som styringsinstrument de udfordringer, der på daværende tidspunkt var fokus på at løse: Behov for kvalitetsløft i den specialiserede behandling, fem regioner som skulle etablere og udvikle deres respektive sygehusplaner med reduktion i antallet af sygehuse og samling af funktioner på større akutsygehuse, og hvor ikke alle regioner stod lige stærkt. Der var derfor behov for en vis styring af specialfunktionerne, ligesom det var nødvendigt med en klar styring omkring rammerne for placering af specialfunktioner på de enkelte sygehusmatrikler.

Sundhedsvæsenet, herunder sygehusstrukturen, har udviklet sig meget siden. Der er sket en faglig udvikling, herunder en udvikling forårsaget af nye behandlingsmæssige og teknologiske muligheder, byggerier af de nye akutsygehuse er mange steder færdiggjort og de resterende nærmer sig afslutningen, og regionernes sygehusplaner med samling af funktioner er derved tæt på at være realiserede. Dette skal ses i sammenhæng med den demografiske udvikling, med et stigende antal ældre borgere, flere lever læn- gere med sygdom, og der er flere patienter med multisygdom, hvilket betyder, at behovene for sundhedsydelser har ændret sig. Denne udvikling forventes at fortsætte parallelt med at behandlingsmulighe- derne også udvikler sig, og tilsvarende forventningerne fra befolkningen.

Samtidig oplever sundhedsvæsenet udfordringer i forhold til at sikre sammenhæng på tværs af sund- hedstilbud både indenfor og på tværs af sektorgrænser, samt i forhold til mangel på og fordeling af sund- hedsprofessionelle i nogle specialer og landsdele.

Specialeplanen har med dens fokus på specialisering og samling af erfaring og behandlingssteder, med- virket til et kvalitetsløft for patienter med behov for specialiserede indsatser. Specialeplanen har dog også potentielle utilsigtede konsekvenser, fx forskydning af opmærksomhed og ressourcer væk fra det som flest fejler, og hvor der er størst volumen på sygehuse – hovedfunktionsniveauet. Det har bl.a. vanske- liggjort rekruttering og faglig udvikling i den almindelige sygehusdrift. Derudover har specialeplanens fo- kus på at sikre kvaliteten i varetagelsen af de enkelte specialfunktioner til tider vægtet højere end at un- derstøtte sammenhængen i patientforløb på tværs af specialer og sektorer. Der har i den nuværende mo- del således været meget fokus på specialefaglig kvalitet, mens kvaliteten i det samlede patientforløb og nærhed i patientforløbet ikke i lige så høj grad har været et fokus. Samtidig har den løbende drift af speci- aleplanen i sin nuværende form, genereret et stort administrativt ressourcetræk i regioner og i Sundheds- styrelsen.

Der er derfor behov for, at den fremtidige specialeplan i højere grad understøtter sammenhængende pa- tientforløb og mulighederne for, at opgaver i højere grad rykkes tættere på borgerne. Dette kan fx ske ved varetagelse på hovedfunktionsniveau med rådgivning fra det specialiserede niveau eller i primær sektor med specialistrådgivning fra sekundær sektor. Specialeplanen bør understøtte sammenhæng i sundhedsvæsenet både internt på eksempelvis sygehusområdet og på tværs af sygehus, almen praksis og det kommunale sundhedsvæsen. Samtidig er der behov for en generel omstilling af sundhedsvæsenet, både fsva. kliniske og administrative ressourcer.

Sundhedsstyrelsen er forpligtet til løbende at revidere specialeplanen, og der er behov for et styringsred- skab, der flugter med den ønskede udvikling af sundhedsvæsenet samt sundhedsvæsenets øvrige styrings- redskaber. Dette er baggrunden for ønsket om en ny model for specialeplanlægning.

Boks 2: Terminologi

I den videre beskrivelse af ny model for specialeplanlægning fastholdes betegnelsen "regionsfunktioner", mens betegnelsen "højt specialiserede funktioner" erstattes af betegnelsen "landsfunktioner". Denne ændring sker for at imødegå udfordringer forbundet med forskellige definitioner og anvendelse af betegnelsen 'specialiseret'. Derudover afspejler betegnelsen "landsfunktioner" den nationale centralisering og markerer, at disse funktioner er på et højere specialiseringsniveau end "regionsfunktioner" og kun findes få steder i landet

1.3. Specialeplanlægning som en del af national sundhedsplan

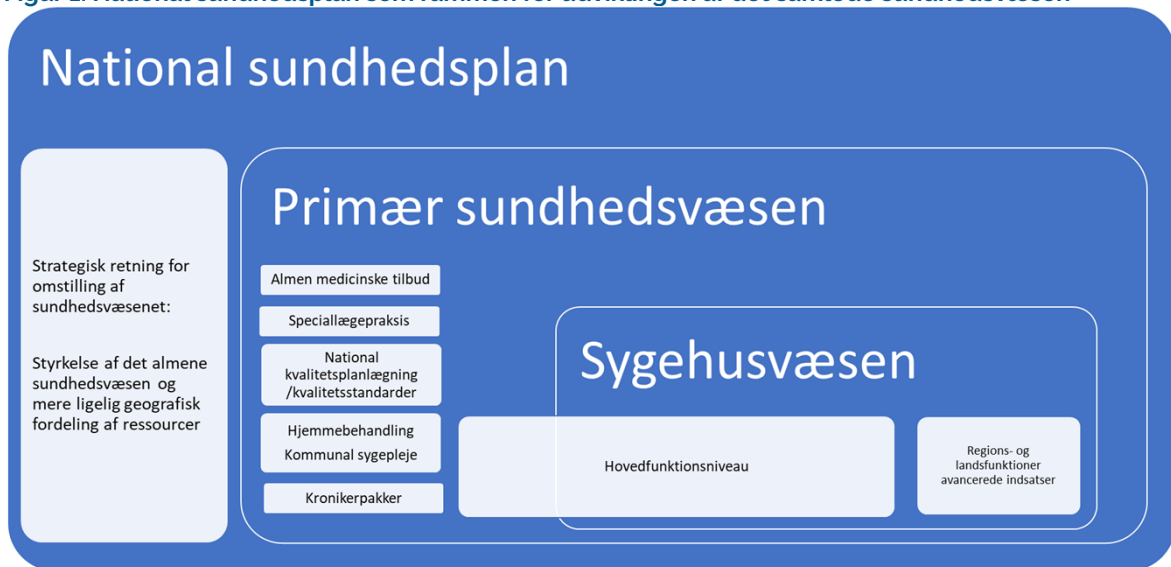
Udfordringerne med bl.a. ventelister, personalemangel og udsigten til flere borgere med behov for pleje og behandling har bl.a. medført, at der de seneste år har været nedsat to kommissioner: Robusthedskommissionen og Sundhedsstrukturkommissionen, der af rapporterede i hhv. 2023 og 2024. Samtidig har Sundhedsstyrelsen udarbejdet oplæg til revision af den lægelige videreuddannelse (LVU). Dette kulmine-rede i aftalen om Sundhedsreformen fra 2024.

De store geografiske forskelle på sygdomsbyrde og fordeling af lægeressourcer på tværs af landet, den skæve fordeling mellem væksten i sygehusvæsenet og væksten i sundhedstilbud uden for sygehusene, er baggrunden for, at der i den politiske aftale om en Sundhedsreform 2024 er fokus på tilgængelighed til sundhedstilbud og fordeling af ressourcer på tværs af landet samt en omstilling til et mere nært sundhedsvæsen. I den forbindelse introduceres 'national sundhedsplan' som et nyt nationalt styringsredskab til at sikre den ønskede udvikling.

Den nationale sundhedsplan skal sætte retning for og medvirke til udvikling af de forskellige styringsredskaber i sundhedsvæsenet, herunder bl.a. specialeplanlægning, den nationalt fastsatte opgavebeskrivelse af det almenmedicinske tilbud og revision af den lægelige videreuddannelse (LVU)³.

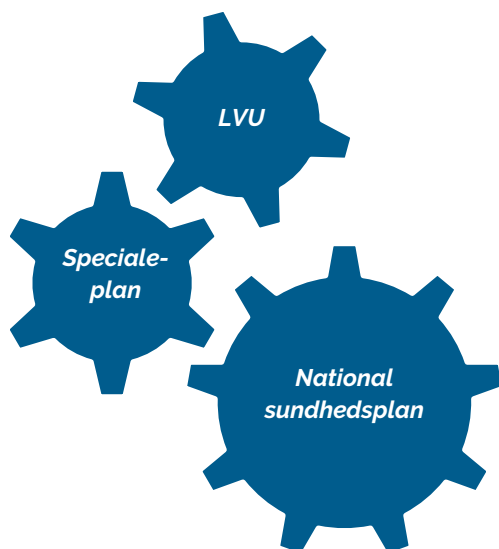
Ved revision af den lægelige videreuddannelse blev der skabt forudsætninger for, at fremtidens speciallæger får tilstrækkelig faglig bredde og generalistkompetencer, så de kan arbejde alsidigt og forholde sig til en stor del af patienternes problemstillinger, der knytter sig til multisygdom. Efter endt hoveduddannelse, skal fremtidens speciallæger kunne varetage specialets kerneopgaver, opgaver i beslægtede specialer, generalistopgaver og basale opgaver. Der vil derfor fremadrettet være mindre fokus på at oparbejde specialviden/ekspertviden igennem speciallægeuddannelsen, som dermed i stedet skal opnås gennem efteruddannelse. Ændringen vil kunne medvirke til at mindske koncentrationen af speciallæger på det specialiserede niveau, da de fremtidige speciallæger i højere grad oplæres til bredere funktioner i specialerne, der varetages på flere sygehuse, og dermed ført opnår kendskab til det specialiserede i forbindelse med eventuel efteruddannelse på en afdeling. I forhold til specialeplanlægning vil den nye speciallægeuddannelse medføre, at der fra regionerne skal være større fokus på at sikre efteruddannelse af læger til de specialiserede funktioner, for at kunne opretholde kompetencer og sikre robusthed. Figur 1 illustrerer, hvordan national sundhedsplan fremadrettet vil danne rammen for udviklingen af det samlede sundhedsvæsen, herunder at specialeplanlægning alene udgør ét element blandt flere.

³ Fremtidens speciallæge – ændring af den lægelige videreuddannelse

Figur 1: National sundhedsplan som rammen for udviklingen af det samlede sundhedsvæsen

Specialeplanlægning skal således ses som ét af flere styringselementer, som hver især har et forskelligt fokus, men som i samspil skal understøtte den ønskede udvikling i det samlede sundhedsvæsen, og hvor specialeplanlægning skal sikre, at patienterne modtager høj faglig kvalitet i de specialiserede sygehusfunktioner. I afsnit 2.1.1. 'Deregulering' beskrives nærmere hvordan kvaliteten på hovedfunktionsniveau understøttes.

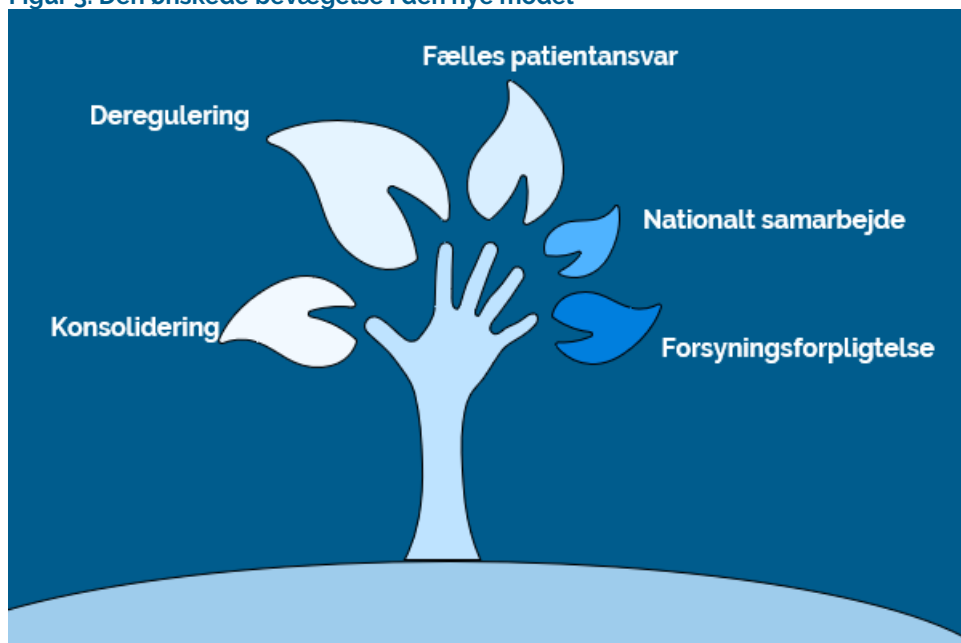
Da specialeplanlægning alene omfatter de allermest komplekse, sjældne og/eller dyre sygehusbehandling, vil det således ikke være dette styringsredskab, der alene er drivende for den ønskede omstilling i sundhedsvæsenet. Omvendt er det vigtigt, at specialeplanlægningen understøtter den ønskede udvikling i det samlede sundhedsvæsen (figur 2).

Figur 2: Sammenhæng mellem styringsredskaber

2. Oplæg til ny model for specialeplanlægning

Nedenfor følger Sundhedsstyrelsens oplæg til en ny model for specialeplanlægning. I udarbejdelsen af oplægget, har der været fokus på at specialeplanens positive effekt på at den faglige kvalitet af de aller-mest specialiserede sygehusfunktioner i Danmark fastholdes, men at der samtidig er behov for tilpasning af modellen, så den understøtter den ønskede udvikling i det samlede sundhedsvæsen. Sundhedsstyrelsen har i arbejdet med en ny model identificeret fem ønskede bevægelser, som er illustreret i figur 3.

Figur 3: Den ønskede bevægelse i den nye model



Der indledes med en beskrivelse af, hvilke elementer fra den nuværende model, der lægges op til at konsolidere. Herefter beskrives de justeringer af modellen, der lægges op til, herunder deregulering, fælles patientansvar, nationalt samarbejde og forsyningsforpligtelse.

2.1. Konsolidering af elementer i model

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at en række af elementerne i den nuværende model skal bevares for at fastholde de forbedringer i behandlingskvaliteten på det specialiserede niveau på sygehusene, der er opnået igennem de seneste årtier, og for at sikre, at der fortsat er fokus på yderligere udvikling og forbedring af den nuværende kvalitet.

Faglig kvalitet som bærende element

Patienterne skal modtage specialiseret sygehusbehandling af høj og ensartet *faglig kvalitet*, hvilket fortsat er det bærende element og formål – også i en ny model for specialeplanlægning. En forudsætning for høj faglig kvalitet er robuste fagligt bæredygtige miljøer med tilstrækkelige kompetencer, der kan måle sig med international standard, og som sikrer fremdrift i udvikling, forskning og uddannelse. En anden forudsætning er, at patienter tilbydes behandling rettidigt – da lange ventetider ikke er god kvalitet, hvilket betyder, at den nye model derfor samtidig skal understøtte tilstrækkelig kapacitet og dermed forsyningssikkerhed. Det vil bidrage til at modvirke geografisk ulighed, og til at der ikke opstår for lang ventetid til behandling.

To specialfunktionsniveauer

For at give fleksibilitet ift. at flytte patienter mellem funktionsniveauer undervejs i deres behandlingsforløb samt for at modvirke opdrift mod højeste funktionsniveau, vurderes det hensigtsmæssigt at bevare *to specialfunktionsniveauer* hhv. landsfunktionsniveau og regionsfunktionsniveau. Flere funktionsniveauer på sygehusene gør det lettere at deregulere en behandling fra et højere reguleringsniveau til et lavere, og at specialiseringsgraden kan øges ved behov, mens direkte opdrift fra hovedfunktionsniveau til landsfunktionsniveau kan undgås. Flere niveauer giver således en fleksibilitet ift. at flytte en patient mod højere eller lavere funktionsniveau, mens færre niveauer kan virke bevarende og skabe en opdrift mod landsfunktionsniveauet. Tilsvarende forventes flere niveauer at smidiggøre en generel deregulering.

Uændret regulering ift. landsfunktioner

Sundhedsstyrelsen vil i den nye model for specialeplanlægning, forsat have den overordnede kompetence til at definere hvad der er regions- og landsfunktioner samt stille krav til varetagelsen. Særligt for landsfunktionerne, er der nationale hensyn i forhold til geografisk placering, samarbejde, ressourceudnyttelse mv., samt til at sikre høj faglig ensartet kvalitet. Derfor fastholdes den *eksisterende regulering ift. landsfunktioner*, hvor Sundhedsstyrelsen både placerer og godkender konkrete sygehuse til at varetage funktionerne, efter rådgivning fra Det Rådgivende Udvalg for Specialeplanlægning.

Fortsatte krav til varetagelse

I den nye model for specialeplanlægning vil der fortsat være en række krav, der skal overholdes ved varetagelsen af specialfunktioner. Der vil, som i dag, fortsat være både *generelle krav (sundhedsfaglige kernekrav og øvrige krav)*, *specialespecifikke krav* og *funktionsspecifikke krav*, således at fx krav til volumen, kompetencer, samarbejdende specialer, forskning m.fl. fastholdes. Kravene er centrale for at understøtte formålet med specialeplanlægning.

2.2. Justering af elementer i model

Som tidligere beskrevet, er der behov for, at den nuværende model opdateres og tilpasses på baggrund af de hidtidige erfaringer, så den kan imødekomme patienternes behov, den ønskede udvikling i sundhedsvæsenet, og samtidig harmonere med andre regulerings- og styringsmekanismer.

I det følgende beskrives først hvordan faglig kvalitet som bærende element foreslås suppleret med fokus på tilgængelighed/nærhed og sammenhæng, derefter gennemgås forslag til hvilke parametre der kan justeres for at opnå den ønskede effekt, herunder deregulering og supplerende krav til varetagelsen.

Tilgængelighed og nærhed

For patienten vil tilgængelighed og nærhed til behandling på et sygehus være kvalitet i sig selv, idet stor afstand kan opleves som en barriere, der i værste fald afholder patienten fra at søge eller tage imod et behandlingstilbud. Derfor skal specialeplanlægning understøtte, at patienter kan modtage relevant behandling tæt på hvor de bor, når det *ikke* er på bekostning af den faglige kvalitet. Den nye model, skal derfor understøtte tilgængelighed og nærhed i patientforløbet. For at det skal lykkes, skal der være fokus på, at kun den del af patientforløbet, der er absolut nødvendig at samle pga. kompetencer, udstyr eller lignende samles, og at den resterende del af forløbet kan foregå tættere på patienten fx på andet sygehus tæt på patienten, evt. via virtuelle løsninger fra det specialiserede niveau.

Sammenhæng

Oplevelsen af sammenhæng i patientforløbet er et væsentligt kvalitetsparameter både for patienter og klinikere. Den nye model skal bidrage til sammenhæng ved, at der ved varetagelse af behandlingen af den enkelte patient er fokus på at understøtte behandling på alle funktionsniveauer (vertikalt) og på samarbejde på gruppeniveau med korresponderende behandlingsindsatser på specialfunktionsniveau (horisontalt). Dette forudsætter rådgivning og udveksling af information fra sygehuse, der varetager specialfunktioner, til andre sygehuse, almen praksis, kommuner og andre aktører involveret i patientforløbet.

2.2.1. Deregulering

Deregulering af funktioner

Specialeplanlægning er et omfattende styringsredskab. Der lægges op til, at specialeplanen fremover skal omfatte en mindre del af sygehusaktiviteten end i dag, således at den kun anvendes, hvor der er størst behov for national regulering. Dette vil medføre et større regionalt råderum til planlægning af den resterende sygehusaktivitet. Hvor nuværende højt specialiserede funktioner og regionsfunktioner, som udgangspunkt, placeres hhv. 1-3 og 5-15 steder i landet, vil de færre specialfunktioner i en fremtidig specialeplan, som udgangspunkt, placeres hhv. 1-3 og 4-8 steder i landet. Funktioner der kan varetages flere steder i landet end dette, vil ofte kunne kategoriseres som hovedfunktion, hvor det overlades til den regionale planlægning at beslutte fordelingen af funktionerne ud fra de samme hensyn, som gælder i specialeplanlægningen i form af både kvalitet, nærhed, volumen og fornuftig ressourceudnyttelse mv. Der kan være undtagelser, hvor fx regionsfunktioner kan placeres bredere end 8 steder, hvis der er særlige hensyn, herunder faglige hensyn, der taler for det. Den beskrevne udvikling kan ske, da vi har et konsolideret sygehuslandskab, og at regionerne igennem de seneste årtier har oparbejdet en solid erfaring, der gør at der ikke er samme behov for regulering via specialeplanen. Hvor smalt og bredt en funktion kan placeres vil afhænge af en individuel faglige vurdering.

Sundhedsstyrelsen har allerede igangsat en såkaldt en-bloc deregulering, hvor styrelsen vil foretage en vurdering af om en række udvalgte funktioner kan dereguleres på nuværende tidspunkt. De funktioner der vurderes er funktioner der i dag bl.a. er godkendt på mere end 8 matrikler, og som jf. den nye models skærpede kriterier for hvornår en behandling kan omfattes af specialeplanen, formentlig ikke fremadrettet vil skulle omfattes af specialeplanen. En forventet yderligere deregulering vil finde sted i forbindelse med selve revisionen af de enkelte specialevejledninger.

Ved at fokusere styringsredskabet til de allermest avancerede, sjældne, dyre sygehusbehandlinger, betyder det, at færre patienter vil være omfattet af fremtidens specialeplan. Samtidig vil der i forbindelse med gennemgang af de enkelte specialer være fokus på, at nogle behandlinger vil flyttes fra landsfunktionsniveau til regionsfunktionsniveau, og andre fra regionsfunktionsniveau til hovedfunktionsniveau, samt at

kun den del af patientforløbet, der er absolut nødvendig at samle pga. kompetencer, udstyr eller lignende opfattes af specialeplanen. Det specialiserede niveau vil dermed mindskes fremadrettet.

Endelig kan det overvejes om antallet af specialfunktioner kan reduceres yderligere, ved i højere grad, hvor det vurderes fagligt relevant, at gruppere funktioner og dermed gøre funktionsbeskrivelserne mere overordnede, fremfor eksempelvis kun at rumme en enkelt specifik diagnose eller procedure. Det vil dog alene medføre en reduktion i antal funktioner og ikke en reduktion i antal patienter omfattet af funktionerne. Hvorvidt funktioner kan grupperes skal vurderes i forbindelse med den faglige revision af specialevejledningerne.

Afledte konsekvenser af den foreslåede ændring

Dereguleringen af sygehusbehandlinger til hovedfunktionsniveau giver større handlerum for regionerne, hvilket giver mulighed for en mere dynamisk regional planlægning ved behov for forandring. Det vil også medvirke til at skabe større mulighed for udnyttelse af den samlede sygehuskapacitet inkl. kapacitet på privathospitaler, da regionerne frit vil kunne anvende privat aktører ved fx kapacitetsudfordringer og problemer med at overholde patientrettighederne, uden involvering fra Sundhedsstyrelsen. Dette kan være til gavn for patienten, idet fx ventetid til en behandling hurtigere kan reduceres. Det vil samtidig medføre en afbureaukratisering, da regionerne ikke vil skulle ansøge Sundhedsstyrelsen om varetagelse af de pågældende funktioner, ligesom sagsbehandling af ansøgninger og løbende justeringer mv. i Sundhedsstyrelsen vil bortfalde. En gruppering af specialfunktionerne vil medføre en mindre arbejdsbyrde i ansøgningsprocessen i regioner og Sundhedsstyrelsen, da der vil være færre funktioner, der skal ansøges om.

Ved at foretage en deregulering fra specialfunktionsniveau til hovedfunktionsniveau bortfalder de specifikke krav for varetagelsen af funktionen, fx krav om samarbejdende specialer, vagtberedskab/tidsspecifik assistance fra speciallæge, for bred placering (fx uden for sygehuse) mv.. Der er i de faglige miljøer en bekymring for opretholdelse af den faglige kvalitet i de nogle af de behandlinger, der dereguleres. Det er i den sammenhæng væsentligt at se specialeplanen som styringsredskab til at understøtte kvalitet i sammenhæng med øvrige styringsredskaber i sundhedsvæsenet. Der vil således ved en deregulering være andre styringsredskaber der træder i stedet for eller som fortsat gælder. Sundhedsstyrelsen kan bl.a. udarbejde anbefalinger til hovedfunktionsniveauet, der understøtter kvaliteten, og det forventes, at anbefalingerne som udgangspunkt overholdes. I de gældende specialevejledninger er der allerede beskrevet nogle anbefalinger til hovedfunktionsniveauet. Indholdet og omfanget af disse anbefalinger varierer dog fra vejledning til vejledning. Sundhedsstyrelsen lægger derfor op til, at afsnittet om hovedfunktionsniveauet i specialevejledningerne kan udvides, således at afsnittet indeholder mere konkrete anbefalinger til varetagelsen af specifikke behandlinger/områder mv. hvis dette vurderes nødvendigt. Dette kunne være anbefalinger til samarbejde med andre specialer, behovet for særligt sygehus-setup eller andet. Derudover kan yderligere styringsredskaber være med til at understøtte kvaliteten, herunder bl.a. Sundhedsstyrelsens rådgivningsforpligtigelse i forhold til regionernes sundhedsplaner, jf. § 206 stk. 2 i sundhedsloven, nationale faglige kliniske retningslinjer som udarbejdes af bl.a. de lægevidenskabelige selskaber, Sundhedsvæsenets kvalitetsinstitut og Medicinrådet.

Derudover arbejder regionerne til dagligt med kvalitet og kvalitetssikring på deres sygehuse, herunder også særligt på hovedfunktionsniveau, som udgør min. 90 % af al behandling på sygehuse. Funktioner der dereguleres til hovedfunktionsniveau vil derfor, som al anden behandling, indgå i regionernes vanlige arbejde med kvalitet og kvalitetssikring.

Deregulering af styring

Der vil fortsat – og netop også i en ny struktur – være behov for national regulering af regionsfunktionsniveauet. I den nye model foreslås reguleringen af regionsfunktionsniveauet dog ledsaget af større planlægningsmæssigt råderum for regionerne ved, at Sundhedsstyrelsens regulering af niveauet ændres og mindskes.

Det vil fortsat være Sundhedsstyrelsen, der har den overordnede kompetence til at definere hvad der er regions- og landsfunktioner samt stille krav til varetagelsen af disse. Men som del af dereguleringen, lægges der op til, at regionerne fremadrettet selv skal placere og foretage evt. flytninger af regionsfunktioner på deres sygehuse, uden Sundhedsstyrelsens vurdering og godkendelse. Samtidig vil der blive set på forståelsen af 'matrikelbindingen', så det forstås bredere end i den nuværende model, herunder om placeringen af regionsfunktioner kan ske til en sygehusorganisation (Amager og Hvidovre Hospital) og ikke en specifik matrikel i sygehusorganisationen (Amager og Hvidovre Hospital, Amager). Placeringerne skal ske med udgangspunkt i veldefinerede krav, som regionerne skal opfylde, herunder også forventning til antal placeringer i hver region. Regionerne vil fortsat skulle orientere Sundhedsstyrelsen om placeringen af regionsfunktioner, som ligeledes vil fremgå af specialevejledningerne som i dag. Regionerne kan endvidere bede om Sundhedsstyrelsens vurdering og rådgivning til placeringer, eksempelvis hvis der er behov for et nationalt blik på varetagelsen, herunder fx med en aftalt monitorering på udvalgte data i en periode. Tilsvarende vil Sundhedsstyrelsen, såfremt der findes anledning dertil, ved tvister eller bekymring for varetagelsen, kunne gå fagligt ind og vurdere et område/funktion, og herefter evt. anmode regioner og private aktører om at foretage ændringer, for at sikre kvaliteten i behandlingen. Denne ændrede styringsform vil kræve en lovændring af sundhedslovens § 208.

Regionerne kan benytte private aktører til varetagelse af regionsfunktioner i de tilfælde hvor en region ikke selv har den fornødne kapacitet til overholdelse af forsyningsforpligtigelsen. En region skal selv indgå aftaler med private aktører om varetagelse af funktionen i egen region og i den forbindelse sikre, at de private aktører overholder Sundhedsstyrelsens krav til varetagelsen af regionsfunktionerne. Regionerne skal ligeledes orientere styrelsen om eventuelle placeringer af regionsfunktioner på privathospitaler. Regionerne vil kunne anmode Sundhedsstyrelsen om hjælp til at vurdere private aktørers ansøgninger i forhold til overholdelse af krav for varetagelsen.

Sundhedsstyrelsen vil fortsat have sanktionsmuligheder, i form af fratagelse af regionsfunktioner, hvis en region ikke kan overholde de krav der er stillet for varetagelsen af funktionen. Styrelsen vil ligeledes kunne gå ind og træffe endelig beslutning om placering af en funktion, såfremt der er uenighed internt i en region eller regionerne imellem, herunder også vedr. placering hos en privat aktør ved fx kapacitetsudfordringer i en region.

Afledte konsekvenser ved den foreslåede ændring

Den beskrevne ændring er fortsat med til at sikre høj faglig kvalitet for patienten, da regioner og private aktører fortsat skal leve op til en række krav for varetagelsen. Ændringen vil ikke medføre en væsentlig afbureaukratisering i regionerne, da der stadig stilles krav til varetagelsen, og da regionerne, som i dag, vil skulle vurdere om de har det rette setup ift. bl.a. krav til varetagelsen mv., men regionerne skal dog ikke længere ansøge styrelsen om varetagelse. Regionerne vil nemmere og hurtigere kunne foretage ændringer indenfor egen region ved fx kapacitetsudfordringer, hvilket for patienterne kan betyde, at der hurtigere kan ske en reduktion i ventetid til en behandling, hvis der opstår kapacitetsudfordringer på det enkelte sygehus. Ændringen vil forventeligt medføre en reduktion i opgaver på nationalt niveau, idet Sundhedsstyrelsen ikke skal vurdere ansøgninger for regionsfunktionerne og dermed heller ikke godkende placeringerne.

For at den foreslåede ændring kan iværksættes, er det nødvendigt med en ændring af sundhedslovens § 208, idet Sundhedsstyrelsen ikke længere vil skulle godkende placeringen af regionsfunktioner, men alene godkende placeringen af landsfunktioner.

Sundhedsstyrelsen følger i dag årligt op på varetagelsen af specialfunktioner via statusrapporter, data fra landspatientregisteret på udvalgte funktioner samt forskningsopgørelser. Sundhedsstyrelsen vurderer, at der er behov for at ændre og differentiere den nuværende opfølgning på specialeplanen, grundet den ændrede regulering af regionsfunktionsniveauet. Da reguleringen af landsfunktioner er uændret vurderer styrelsen at regioner og private aktører fortsat skal fremsende årlige statusrapporter for disse funktioner. Men da der lægges op til ændret regulering af regionsfunktionsniveauet, hvor regionerne fremadrettet selv placerer funktionerne, uden Sundhedsstyrelsens godkendelse, vurderer styrelsen, at opfølgning på regionsfunktionerne skal målrettes mere, fx centeret om områder med kendte udfordringer eller bekymring for udfordringer, områder med stor faglig udvikling eller andet. Styrelsen vil årligt foretage en vurdering af, hvilke specifikke områder/funktioner der er behov for at anmode om statusrapporter på.

I tabel 1 illustreres forslaget til, hvordan der fremover skal være forskel på, hvordan der de forskellige niveauer reguleres.

Tabel 1: Forslag til fremadrettet regulering på hhv. hovedfunktions-, regionsfunktions- og landsfunktionsniveau

	Hovedfunktion (uændret)	Regionsfunktioner	Landsfunktioner (uændret)
Fastsættelse af funktioner (hvilke behandlinger skal omfattes af specialeplanen)	Ingen funktioner (Anbefalinger på udvalgte områder ad hoc, sammenhæng til National Sundhedsplan og nærsundhedsplaner)	Sundhedsstyrelsen fastsætter funktioner	Sundhedsstyrelsen fastsætter funktioner
Tildeling af funktioner	Ingen	Regionerne placerer selv og orienterer Sundhedsstyrelsen om placeringen	Sundhedsstyrelsen godkender placeringen på regionale og private sygehuse
Ændringer i varetagelsen af funktioner (fx flytninger og frasigelser)	Regioner skal indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning på sundhedsplaner jf. §206 i sundhedsloven	Regionerne varetager selv og orienterer Sundhedsstyrelsen ved ændringer	Sundhedsstyrelsen godkender
Opfølgning/monitorering	Regioner følger kvalitet i egen organisation	Sundhedsstyrelsen følger målrettet op på varetagelsen af udvalgte funktioner	Sundhedsstyrelsen følger op på varetagelsen årligt

2.2.2. Fælles patientansvar

For i højere grad at understøtte tilgængelighed, herunder nærhed, og sammenhæng og den samlede ønskede bevægelse i sundhedsvæsenet, foreslås det, at de nuværende krav til varetagelse, herunder fx volumen, antal speciallæger og samarbejdende specialer, i varierende omfang suppleres med yderligere krav.

Tilgængelighed og sammenhæng kan realiseres ved, at lægen på specialfunktionsniveau, hovedfunktionsniveau og i det almen medicinske tilbud har et tæt samarbejde omkring patienten igennem specialiseringsniveauer, og ved at der kun stilles krav til samtidig fysisk tilstedeværelse på samme matrikel af relevante kompetencer i det pågældende speciale og samarbejdende specialer, når det er nødvendigt for behandlingen.

I boks 3 fremgår forslag til supplerende krav der understøtter tilgængelighed og sammenhæng. Kravene foreslås at være generelle og gælde ved varetagelse af alle funktioner omfattet af specialeplanen.

Boks 3: Fælles patientansvar - supplerende krav der understøtter tilgængelighed, nærhed og sammenhæng

Ansvar for patientens samlede forløb

Det er centralt, at læger der varetager funktioner på hhv. Regions- og landsfunktionsniveau, hovedfunktionsniveau og det almene medicinske tilbud samarbejder som et team for patienten. For at understøtte sammenhæng og nærhed i patientforløbet på tværs af afdelinger og sektorer kan der med den nye model for specialeplanlægning indføres et krav om, at de godkendte sygehuse sikrer tilstrækkelig overdragelse mellem specialiseringsniveauerne, herunder ved særlige behov skaber mulighed for og rammer til, at der kan gennemføres en virtuel overdragelsessamtale mellem involverede parter inkl. patienten, når der i forløbet sker overgange mellem sygehuse eller sektorer. Kravet skal ses i sammenhæng med udvikling og forbedring af ordningen med patientansvarlig læge på sygehuse, som aftalt i Sundhedsreformen 2024.

Styrket rådgivningsfunktion

En rådgivningsforpligtigelse er et redskab til at understøtte både faglig kvalitet, tilgængelighed, nærhed og sammenhæng. Derfor kan der indføres et krav om, at afdelinger med specialfunktioner både skal yde rådgivning til og være tilgængelige for andre specialiseringsniveauer inden for samme speciale og/eller andre sygehusafdelinger/sektorer mhp. understøttelse af patientforløbet. Det gælder både rådgivning vedr. den specifikke specialfunktion, sygdommen generelt og evt. håndtering af komorbiditet mv.

Virtuelle løsninger

Virtuelle konsultationer med patienter kan være med til at understøtte formålet om tilgængelighed og nærhed, som ellers kan være begrænset, når regions- og landsfunktioner er placeret på få sygehuse. Ved varetagelse af både regions- og landsfunktioner kan der derfor indføres et krav om at tilbyde virtuelle konsultationer til de patienter, hvor det vurderes fagligt relevant og muligt.

Virtuelle løsninger åbner op for ændring af definitionen på en udefunktion og dermed øget fleksibilitet i regionernes sygehusplanlægning, da det bl.a. gøres muligt at samarbejde og kommunikere på nye måder, herunder konferere, dele viden og lægge behandlingsplaner på tværs af afdelinger, sygehuse og regioner. Tilsvarende kan opnås mere fortløbende, målrettet og individuelt tilrettelagt kontakt med patienten, fx med patientrapporterede oplysninger, hjemmemålte værdier mv. Det betyder også, at en patient fx på hjemsygehuset sammen med patientens læge herfra, kan afholde en videokonsultation med specialfunktionslægen. Patientens videre forløb kan herved planlægges med relevante parter tæt på patienten.

Afledte konsekvenser af den foreslåede justering

For at sikre kvaliteten i det samlede patientforløb, også ved en deregulering, hvor der er fokus på, at kun det mest avancerede samles på få sygehuse, vil de foreslåede supplerende krav fastholde et ansvar på det specialiserede niveau, til at understøtte kvaliteten på andre funktionsniveauer og skabe sammenhæng i patientforløbet, samt understøtte omstillingen også i de specialiserede funktioner. De yderligere krav til det specialiserede niveau på sygehuse, giver anledning til ændret opgavevaretagelse som virtuelle overdragelsessamtaler og styrket rådgivning til andre funktionsniveauer. Disse opgaver forventes at træde i stedet for, det der tidligere har været direkte patientkontakt.

2.2.3. Nationalt samarbejde

En styrkelse og robustgørelse af de faglige miljøer, og dermed den faglige kvalitet kan ske igennem etablering og formalisering af nationale samarbejder omkring varetagelsen af specialfunktioner. Det foreslås derfor at supplere med yderligere krav, der understøtter sammenhæng og samarbejde (horisontalt) mellem sygehuse der varetager samme funktioner. I boks 4 fremgår forslag til supplerende krav der understøtter nationalt samarbejde og faglig kvalitet. Kravene foreslås anvendt på udvalgte specialfunktioner, når der vurderes at være særskilt behov for dette fokus.

Boks 4: Supplerende krav der understøtter nationalt samarbejde og faglig kvalitet

Nationale MDT-konferencer vedr. patientforløb

Formålet med etableringen af nationale MDT-konferencer er bl.a. at understøtte ensartet kvalitet og behandlingspraksis på tværs af landet bl.a. gennem fælles visitationskriterier. Dette kan medføre, at en specialfunktion evt. kan placeres bredere geografisk, idet nationale MDT vil understøtte kvaliteten på tværs. Det vil endvidere være med til styrke muligheder for forskning, videndeling, udvikling, uddannelse mv. på området. Samlet set kan dette medvirke til at robustgøre og øge kapaciteten til en funktion. Krav om etablering af en nationale MDT-konference vil være et specifikt funktionskrav for udvalgte lands- og regionsfunktioner, og vil dermed fremgå af den specifikke specialfunktion.

Sømløse samarbejde på tværs af matrikler/regioner

For landsfunktioner er det særligt afgørende, at sygehuse der er godkendt til at varetage funktionen, etablerer et tæt fagligt miljø, samt indgår i et tværregionalt samarbejde. Ved varetagelse af landsfunktioner kan der, for at understøtte faglig kvalitet, stilles krav om etablering af et sømløst samarbejde mellem de godkendte afdelinger. Dette vil være et specifikt funktionskrav for udvalgte specialfunktioner, og vil dermed fremgå af den specifikke specialfunktion. Krav om sømløse samarbejder kan bl.a. indeholde krav om udnyttelse af behandlingskapaciteten på tværs og i vidt omfang at dele viden, kompetencer, fælles kvalitetsarbejde, uddannelse og forskning. Kravet skal ses i sammenhæng med krav om fælles national forsyningsforpligtelse og fælles populationsansvar i afsnit 2.2.4.

Sømløse samarbejder kan både gælde i forhold til fælles visitationskriterier og/eller konferencer og hvor udnyttelse af behandlingskapaciteten på tværs kan ske gennem konkret tilrettelæggelse af behandlingen, hvor speciallæger fra godkendte sygehuse opererer i fællesskab, eller der udveksles speciallæger på tværs af de enkelte sygehuse. Samarbejdet kan betyde, at der kan ske en større geografisk spredning af en funktion, da der vil ske en opbygning af faglighed på tværs af sygehuse. Endvidere kan det understøtte mere fælles forskning. Dette ses særligt relevant i forbindelse med de meget smalt placerede funktioner, hvor der ofte er meget små patientpopulationer at foretage forskning på.

Hjemtagning og etablering af nye behandlinger omfattet af specialeplanen

I særlige situationer ved hjemtagning og etablering af nye behandlinger der omfattes af specialeplanen, vil der blive stillet krav om tættere afrapportering og opfølgning i en periode. Med til dette krav hører en forpligtelse til, at Sundhedsstyrelsen regelmæssigt vurderer, om der er behov for at godkende flere sygehuse til at varetage behandlingen, eller om behandlingen skal dereguleres til lavere funktionsniveau og om kravet igen skal fjernes. Hermed opnås også muligheden for ved rettidig omhu, at godkende flere sygehuse tidligt til den specifikke funktion, således at kompetencer mv. kan planlægges og opbygges og dermed sikre nødvendig kapacitet på området. Med dette krav afskaffes brugen af udviklingsfunktioner, hvor der har været en særlig tæt opfølgingsforpligtelse.

Afledte konsekvenser af de foreslåede ændringer

Et større fokus på tværs af de sygehuse, der varetager de allermest komplekse sygehusbehandlinger forventes at skabe både højere faglig kvalitet og ensartede tilbud, forskning og uddannelse. Derudover er det forventningen, at et styrket samarbejde på tværs af sygehusene kan bidrage til en bedre udnyttelse af den samlede kapacitet gennem et fælles overblik over ventelister og fokus på et balanceret henvisningsmønster på tværs af regioner. Et styrket nationalt samarbejde kan dog medføre et større tidsforbrug på fx nationale MDT-konferencer. Private aktører med godkendelse til de pågældende specialfunktioner skal også opfylde de opstillede krav, og dermed indgå i et sådant samarbejde og bidrage til den samlede uddannelse, udvikling og forskning på området.

2.2.4. Forsyningsforpligtelse

Endelig lægges der op til et øget fokus på tilstrækkelig kapacitet og dermed *forsyningsforpligtelsen*, da lange ventetider ikke giver kvalitet for patienten. Det vil tilsvarende kunne styrke geografisk dækning fx ved mere balancerede henvisningsmønstre.

Dette foreslås realiseret via supplerende krav om fælles populationsansvar og nationalt samarbejde, der forpligter regioner med godkendelser til at have et fælles blik på at sikre tilstrækkelig kapacitet og ensartet kvalitet, herunder have et fælles overblik over ventetider. Samtidig foreslås at ventetider bliver et særligt fokusområde i opfølgningen, hvor der særligt vil blive fulgt op på kontinuerlige og langvarige ventelister.

I boks 5 fremgår forslag til supplerende krav der understøtter forsyningsforpligtelsen. Kravet foreslås at være generelt og gælde ved varetagelse af alle funktioner omfattet af specialeplaner.

Boks 5: Supplerende krav der understøtter forsyningsforpligtelsen

Forsyningsforpligtelse og fælles populationsansvar

Med godkendelse til at varetage af specialfunktioner følger en forsyningsforpligtelse. Der skal sikres den rette kapacitet, og fagligt ubegrundede lange ventetider skal undgås. Samtidig med et skærpet fokus på egen forsyningsforpligtelse, der både kan følge regionens almindelige optageområde, eller omfatte et større optageområde afhængig af hvor specialfunktionen i øvrigt varetages, skærpes også fokus på, at regionerne og private aktører har et fælles ansvar for at sikre behandling af den samlede population.

Inden for den lovgivningsmæssige ramme kan der derfor stilles krav om indgåelse af nationale samarbejder, således at godkendte sygehuse opnår fælles viden om fx kapaciteten på tværs, så sygehuse kan hjælpe hinanden, hvorved den samlede kapacitet kan udnyttes bedst muligt – også i spidsbelastningsperioder. Det kan også være med til at imødekomme eventuel skævvridning og geografiske forskelle i ventetider eller henvisningsmønstre til funktionen.

Afledte konsekvenser ved de foreslåede ændringer

Et supplerende krav om at sygehuse der er godkendt til at varetage en specialfunktion, skal have et nationalt samarbejde, for bl.a. at opnå en fælles viden om kapacitet, medfører en ekstra opgave. Det vil dog understøtte den forsyningsforpligtelse der følger af patientrettighederne og en godkendelse i specialeplanen, og hjælpe regioner og private sygehuse til i fællesskab, at udnytte den samlede kapacitet, og justere kapaciteten rettidigt, både ved et generelt øget kapacitetsbehov og i spidsbelastningsperioder.

3. Bilagsfortegnelse

1. Proces- og tidsplan for revision af specialeplanen
2. Kommissorium for arbejdsgruppen vedr. ny model for specialeplanlægning

Bilag 1: Proces- og tidsplan for revision af specialeplanen

Revisionen af specialeplanen ud fra en ny model er en stor opgave, som kræver mange ressourcer både i styrelsen, regionerne og de faglige selskaber. Samtidig skal revisionen foregå i samme tidsperiode, hvor andre store strukturelle ændringer skal implementeres i det danske sundhedsvæsen, herunder etablering af sundhedsråd, opgaveflytninger fra kommuner til regioner, integration af somatik og psykiatri m.fl. Derudover er der et tæt samspil – og gensidig afhængighed – mellem specialeplanlægningen og de udviklingsopgaver, der igangsættes i kølvandet på sundhedsreformen og revision af den lægelige videreuddannelse. Der lægges derfor op til, at revisionen fortages trinvis, således at alle ressourcer ikke skal i spil på samme tid.

Som grundlag for og dermed forud for revision af specialevejledningerne, udarbejdes specialebeskrivelser. Specialebeskrivelserne definerer hvilke kerneopgaver, der løses af de enkelte specialer aktuelt og fremtidigt. Derudover beskrives udviklingsperspektiver og potentiale for omstilling. Specialebeskrivelsen danner udgangspunkt for senere udarbejdelse af hhv. målbeskrivelser (den lægelige videreuddannelse) og specialevejledninger (specialeplanlægning).

Processen for udarbejdelse af specialebeskrivelserne er, at specialerne er opdelt i fire grupper; pilotgruppen samt gruppe 1-3. Grupperne er sammensat ud fra en vurdering af indbyrdes samarbejde og potentiale for deregulering og omstilling, se tabel 2 nedenfor. Det er forventningen, at alle grupper har udarbejdet specialebeskrivelserne medio 2026.

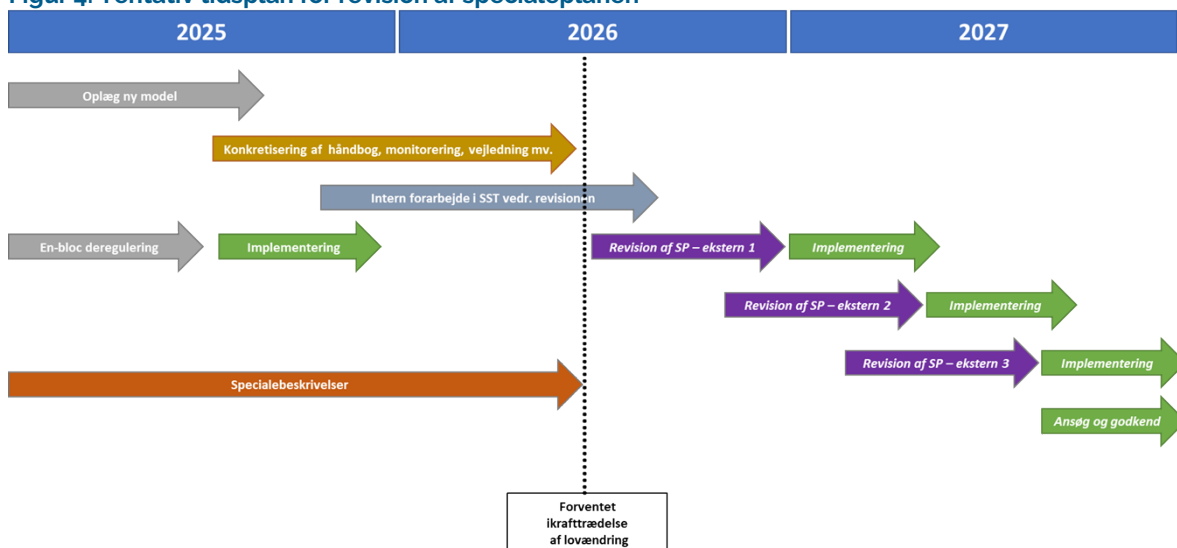
Tabel 2: Gruppering af specialer i specialebeskrivelsesprocessen

Pilot	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Intern medicin: endokrinologi	Intern medicin: reumatologi	Karkirurgi	Arbejdsmedicin
Intern medicin: kardiologi	Intern medicin: lungemedicin	Neurokirurgi	Dermatologi
Klinisk Biokemi	Intern medicin: hæmatologi	Kirurgi	Oftalmologi
Ortopædisk Kirurgi	Intern medicin: gastroenterologi og hepatologi	Plastikkirurgi	Samfundsmedicin
	Intern medicin: geriatri	Thoraxkirurgi	Retsmedicin
	Intern medicin: infektionsmedicin	Urologi	Klinisk Farmakologi
	Intern medicin: nefrologi	Gynækologi og Obstetrik	Klinisk Fysiologi og Nuklearmedicin
	Pædiatri	Tand/Mund/Kæbekirurgi	Klinisk Genetik
	Psykiatri	Akutmedicin	Klinisk Immunologi
	Børne- og ungdomspsykiatri	Anæstesiologi	Klinisk Mikrobiologi
	Neurologi	Orto/rhino/laryngologi	Radiologi
		Klinisk onkologi	Patologisk Anatomi og Cytologi
<i>Specialebeskrivelsen for Almen medicin vil blive udarbejdet i en særskilt proces koordineret med hhv. opgavebeskrivelsen for almen praksis samt målbeskrivelsen.</i>			

Inden selve revisionen af specialevejledningerne kan påbegyndes med udgangspunkt i den nye model, skal lovgrundlaget være på plads, og elementerne i modellen skal konkretiseres og uddybes i Sundhedsstyrelsens publikation '*Specialeplanlægning – begreber, principper og krav*'⁴. Det er forventningen, at en lovændring tidligst kan træde i kraft medio 2026. Når lovgivningen er vedtaget, kan selve revisionen af specialevejledningerne med ekstern involvering, påbegyndes. Sundhedsstyrelsen påbegynder dog det indledende interne arbejde med revisionen i efteråret 2025. Det er endvidere forventningen, at revisionen af specialevejledningerne vil ske trinvis og i grupperinger, som ved specialebeskrivelsesarbejdet.

Nedenfor i figur 4 ses den samlede tentative tidsplan for revisionen af specialeplanen, herunder de enkelte faser samt hvornår der opnås en effekt af arbejdet i sundhedsvæsenet og for patienterne (implementeringen). Der er dog et væsentligt forbehold for tidsplanen, eftersom modellen forudsætter lovændring.

Figur 4: Tentativ tidsplan for revision af specialeplanen



Implementering af de nye specialevejledninger vil kunne ske i en løbende proces, hvor regionerne umiddelbart efter gennemgang af specialevejledningen kan begynde at placere de regionsfunktioner, der er blevet dereguleret til hovedfunktionsniveau, eller de regionsfunktioner, som ikke kræver samarbejde med andre specialfunktioner. Placering af regionsfunktioner, som kræver samarbejde mellem flere specialer kan igangsættes, når alle specialevejledninger for de pågældende specialer er revideret. Det sidste forventes at være en relativt stor andel af regionsfunktionerne, da det der forventeligt vil være omfattet af specialeplanen fremadrettet, i stort omfang netop vil være sygehusbehandlinger med behov for flere samtidige og samarbejdende specialer. Ansøgningsprocessen til landsfunktioner igangsættes samlet, når alle specialevejledninger er udarbejdet. Implementeringen af den reviderede specialeplan er en større opgave for regionerne, da revisionen bl.a. medfører ny reguleringsmodel og nye krav. Implementeringen kan derfor tage længere tid, grundet den større administrative opgave for regionerne.

⁴ Specialeplanlægning – Begreber, principper og krav

Bilag 2: Kommissorium for arbejdsgruppen vedr. fremtidig specialeplanlægning



Dato 24. januar 2023

Sagsnr. 04-0400-1298

SYF

Kommissorium for arbejdsgruppe vedr. fremtidig specialeplanlægning

Som led i forberedelse til den kommende revision af specialeplanen nedsætter Sundhedsstyrelsen en arbejdsgruppe som skal bistå med at kvalificere udfordringer ved og behov til en fremtidig specialeplan, samt de begreber og principper der kan understøtte dette. Dette bl.a. ved at drøfte erfaringerne med specialeplanens faglige begreber, principper og krav samt specialeplanens governancemodel såvel som tilrettelæggelse af selve revisionen.

Baggrund og opgaveramme

Ifølge sundhedslovens § 208 fastsætter Sundhedsstyrelsen krav til specialfunktioner (i loven benævnt lands- og landsdelsfunktioner) på regionale og private sygehuse og godkender placeringen af specialfunktioner på sygehusene. Sundhedsstyrelsen har dermed den lovgivningsmæssige kompetence til at oprette og nedlægge specialfunktioner, samt til at tildele og fratage godkendelser af varetagelsen af specialfunktioner. Det er Sundhedsstyrelsens opgave at foretage en regelmæssig revision med henblik på, at den gældende specialeplanlægning er tidssvarende, relevant og dækkende. Specialeplanen blev senest revideret i årene 2014-2017, hvorfor den aktuelle specialeplan har været gældende siden 1. juli 2017.

Sundhedsstyrelsen er forpligtet til løbende at følge, hvordan specialeplanen er implementeret, hvordan specialfunktionerne varetages, og om den gældende specialeplan er tidssvarende, relevant og dækkende. I takt med at mulighederne for diagnostik, behandling og organisering udvikler sig, er der derfor løbende siden 2017 sket større og mindre tilpasninger i de enkelte specialevejledninger.

Sundhedsstyrelsen er derudover forpligtet til at foretage en regelmæssig revision af specialeplanen. Den seneste revision tog omkring fire år. Da revisionen affødte en række faglige og principielle beslutninger, og da regioner og privathospitaler efterfølgende havde brug for tid til at implementere, konsolidere og fastholde de faglige miljøer omkring varetagelsen af specialfunktionerne, var det ikke hensigtsmæssig med en gennemgribende revision de første år efter ikrafttrædelsen. Efter flere år med andre presserende opgaver i Sundhedsstyrelsen, er tiden nu inde til, at specialeplanen bør revideres, og styrelsen har igangsat planlægning af en kommende revision af specialeplanen.

Den kommende specialeplan bør afspejle sundhedsvæsenet i dag. Forud for selve revisionen ønsker Sundhedsstyrelsen derfor at drøfte de nuværende udfordringer ved specialeplanen samt behov og ønsker til, hvad en fremtidig specialeplan skal bidrage til. Dette med henblik på at sikre, at modellen er tidssvarende og fortsat bidrager til høj faglig kvalitet i sygehusbehandlingen og helhed i patientforløbene under hensyn til en effektiv ressourceudnyttelse.

Erfaringer og fremtidig model for specialeplanlægning

Specialeplanen har bidraget til betydelige ændringer på sygehusene i retning af samling af specialiserede sygehusfunktioner på færre matrikler, og har vist sig at være en både omfattende og samtidig vel-fungerende governancestruktur. Der er generelt bred enighed om, at specialeplanen har bidraget til at løfte kvaliteten i den specialiserede behandling på sygehusområdet, og samtidig har understøttet udvikling af stærke faglige miljøer. Specialeplanen er generelt konsolideret og alment accepteret i de administrative og faglige miljøer, og specialeplanens begreber og principper betragtes som legitime og brugbare og er generelt implementeret. Styrelsen er dog opmærksom på, at dette ikke nødvendigvis gør sig gældende inden for alle specialer. Derudover er styrelsen også løbende blevet udfordret på nogle af de gældende principper og krav for varetagelse af specialfunktioner, som eksempelvis matrikelspecifikke godkendelser, udefunktioner, samarbejde mellem specialer og håndteringen af private aktører i specialeplanen.

Samtidig har specialeplanen formentlig bidraget til en række aflejlte utilsigtede konsekvenser, som eksempelvis at det særlige fokus på specialfunktioner har medført et mindre fokus på varetagelsen af behandling på hovedfunktionsniveau, og at varetagelsen af specialfunktioner har betydning for rekruttering og fastholdelse af speciallægekompetencer. Derudover har specialeplanens fokus på at sikre kvalitet i varetagelsen af de konkrete specifikke specialfunktioner måske været på bekostning af et fokus på det tværfaglige, tværsektorielle samarbejde om sammenhængende patientforløb.

En anden udfordring i relation til specialeplanen er, at det trods årlige statusrapporter og kvantitativ monitorering af udvalgte specialfunktioner, har været vanskeligt at kunne vurdere effekten af specialeplanen på kvaliteten af behandlingen, hvor aktivitetsdata typisk anvendes som proxyindikatorer for kvalitet.

Endelig har sundhedsvæsenet, sygehusvæsenet og befolkningen ændret sig markant siden specialeplanlægning blev formaliseret med sundhedsloven i 2007 og siden den sidste revision. Der er sket en faglig udvikling samt en udvikling forårsaget af fortsat nye behandlingsmæssige og teknologiske muligheder. Sygehusbyggerierne er godt i gang og flere er taget i brug, og regionernes sygehusplaner er ved at konsolidere sig, ligesom kommunerne har udviklet de kommunale sundhedsopgaver parallelt med udviklingen i sygehusvæsenet. Specialeplanlægning som styringsværktøj bør afspejle denne udvikling.

Sundhedsstyrelsen ønsker med nedsættelsen af denne arbejdsgruppe et forum, hvor det er muligt at drøfte erfaringer fra specialeplanlægning samt behov, muligheder og perspektiver på en fremtidig model for specialeplanlægning. Drøftelserne i arbejdsgruppen vil bl.a. tjene til at kvalificere en række løbende principielle drøftelser i både Den Regionale Baggrundsgruppe for Specialeplanlægning og Det Rådgivende Udvalg for Specialeplanlægning i løbet af 2024.

Arbejdsgruppens formål og opgave

Sundhedsstyrelsen vil bl.a. bede arbejdsgruppen bidrage til nedenstående.

- Drøftelse af erfaringer samt fordele og ulemper, fra driftsperioden med den nuværende specialeplan – herunder resultater og læring fra udvalgte illustrative specialeplansprocesser.
- Drøftelse af udfordringer med den nuværende specialeplan set i sammenhæng med forventet fremtidig udvikling og behov i befolkningen og i sundhedsvæsenet, samt ønsker til, hvad en specialeplan fremover skal bidrage til.

- Drøftelse af specialeplanens begreber, principper og krav; bl.a. med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens publikation [*Specialeplanlægning: Begreber, principper og krav*](#). Dette med fokus dels på den aktuelle varetagelse af specialfunktioner i den gældende specialeplan, dels ud fra forventet udvikling af sundhedsvæsenet.
- Drøftelse af den nuværende governancestruktur, herunder fordele og ulemper, samt perspektiver på dels at sikre en robust opbygning og fastholdelse af faglige miljøer, og dels en dynamik i specialeplanen, der tilgodeser den løbende udvikling.
- Muligheder for fremadrettet monitorering af specialeplanen, herunder hvordan kvaliteten kan monitoreres.
- Model for selve revisionen af specialeplanen, og bl.a. hvordan denne afvikles bedst ud fra et hensyn om at anvende ressourcerne mest hensigtsmæssigt og samtidig få opdateret de nuværende specialevejledninger.

Arbejdsgruppens sammensætning

Der ønskes repræsentation af både planlæggere i regionerne samt klinikere med erfaring og kendskab til specialeplanlægningen og specialfunktioner. Ligeledes ønskes repræsentation af forskellige specialer i arbejdsgruppen – herunder Psykiatri, Intern Medicin, Kirurgi samt et paraklinisk speciale.

Arbejdsgruppen etableres med følgende sammensætning:

- Sundhedsstyrelsen (formandskab og sekretariat)
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (1)
- Danske Regioner (1)
- Region Nordjylland (1 planlægger og 1 kliniker med kendskab til specialeplanen)
- Region Midtjylland (1 planlægger og 1 kliniker med kendskab til specialeplanen)
- Region Syddanmark (1 planlægger og 1 kliniker med kendskab til specialeplanen)
- Region Sjælland (1 planlægger og 1 kliniker med kendskab til specialeplanen)
- Region Hovedstaden (1 planlægger og 1 kliniker med kendskab til specialeplanen)
- De Lægevidenskabelige Selskaber (4)
- Sundhed Danmark (1)
- Danske Patienter (1)
- Dansk Sygepleje Selskab (1)

Sundhedsstyrelsen kan supplere arbejdsgruppen efter behov.

Tidsplan

Det planlægges, at arbejdsgruppen mødes tre gange i Sundhedsstyrelsen i løbet af foråret 2024. Nogle af møderne kan have karakter af workshop, hvorfor det i udgangspunktet ikke vil være muligt at deltage virtuelt.

- Onsdag d. 20. marts kl. 12.00-15.00
- Onsdag d. 17. april kl. 12.00-15.00
- Onsdag d. 22. maj kl. 12.00-15.00

Sundhed for alle ♥ + ●