

REGERINGENS RESULTATER

SUNDHEDSOMRÅDET

Udgivet af:
Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Kontoret for Sundhedsstatistik
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K.
Telefon: 72 26 90 00
Telefax: 72 26 90 01
E-post: im@im.dk

Publikationen er tilgængelig på Indenrigs- og Sundhedsministeriets hjemmeside (www.im.dk)

INDHOLD

INDHOLD	1
FORORD.....	2
MÅL OG RESULTATER.....	4
FREMTIDENS SUNDHEDSVÆSEN	5
MERE BEHANDLING OG KORTERE VENTETID	10
SUNDHED PÅ PATIENTENS PRÆMISSER	19
MERE SUNDHED FOR PENGENE	21
BEDRE FOREBYGGELSE	24
OVERBLIK	27

FORORD



Regeringen har en vision om et sundhedsvæsen i verdensklasse. Og vi er godt på vej til at opfylde visionen.

Et sundhedsvæsen i verdensklasse handler både om kvalitet og kapacitet. Men først og fremmest handler det om mennesker. Mennesker, der er blevet syge og dermed patienter. Mennesker, som har en berettiget forventning om en hurtig og effektiv behandling.

I dag kan forventningerne om en hurtig og effektiv behandling indfries. Regeringen har tilført markant flere penge til sundhedsvæsenet. Ja, faktisk er sundhedsområdet uden sammenligning det velfærdsområde, der har oplevet den største vækst. Det kommer også til at gælde i 2008, hvor vi med økonomaftalen mellem regeringen og regionerne afsætter yderligere penge til sundhedsområdet.

Pengene er blandt andet blevet brugt til at styrke indsatsen på kræftområdet. Og her fortsætter regeringen nu sin indsats gennem et målrettet arbejde, der skal sikre akut handling og klar besked til alle kræftpatienter. Blandt de mange allerede igangsatte initiativer er Kræftplan II, der skal forbedre diagnosticeringen og behandlingen af kræft og den koncentrerede indsats på strålebehandlingsområdet, hvor der også blev tilført flere penge til at sikre høj aktivitet.

Men penge gør det ikke alene. Derfor har regeringen samtidig arbejdet for at højne effektiviteten – og resultater kan ses. En undersøgelse af effektiviteten på sygehuse foretaget af OECD har netop placeret Danmark i top foran lande som USA, Sverige, Norge og Frankrig. Det skyldes ikke mindst indførelsen af det udvidede frie sygehusvalg, der giver patienten et frit valg til private og udenlandske sygehuse. Dermed har patienterne fået mulighed for at vælge køen fra. En yderligere udvidelse af ordningen til glæde for patienterne har fået virkning fra den 1. oktober 2007. Med produktivitetmålinger og meraktivetetspuljer er der skabt incitament til, at sygehuse yder en ekstra indsats for patienterne. Det betyder, at vi i dag kan behandle langt flere patienter end tidligere.

Danskerne har krav på at vide, hvor de får den bedste behandling. Derfor offentliggjorde regeringen i oktober 2006 hjemmesiden www.sundhedskvalitet.dk. På hjemmesiden kan patienter og pårørende finde sammenlignelige kvalitets- og serviceinformationer om de enkelte sygehuse. Samtidig får sygehuse en overordnet karakter, der udtrykker, hvordan hvert enkelt klarer sig inden for områder som hygiejne, de fysiske rammer, patienternes tilfredshed med indlæggelsen, og om sygehuset overholder indgåede aftaler.

Kommunalreformen har givet os fem nye og større regioner, der skaber rammerne for et endnu bedre sundhedsvæsen. De nye regioner gør det muligt at planlægge bedre og giver mulighed for en endnu højere kvalitet i behandlingen. Samtidig er de nye kommuner blevet tildelt ansvaret for forebyggelsesindsatsen. For mig at se er det vigtigt, at en styrket forebyggelsesindsats virker så tæt på borgerne som muligt. Og derfor har jeg da også store forventninger til kommunernes indsats.

Regeringen kan altså fremvise en lang række resultater, der er kommet patienterne til gode og vil også fremover arbejde for, at det danske sundhedsvæsen kan give patienterne den bedst mulige behandling.

Med kvalitetsreformen sætter regeringen kvaliteten af sundhedsvæsenet øverst på dagsordenen. Kvalitetsreformen skal sikre en fortsat fornyelse og udvikling af det danske sundhedsvæsen til gavn for den enkelte borger. Udfordringen er at få mest kvalitet for pengene. For at imødegå denne udfordring skal vi være bedre til at lære af

den bedste praksis og udbrede den til alle sygehuse. Kun ved at sætte det bedste som standard gør vi sygehusvæsenet endnu bedre.

Som et led i kvalitetsreformen er der desuden lagt op til, at patienternes rettigheder styrkes, f.eks. med oprettelsen af en patientombudsmand og ved at give indlagte patienter én kontaktperson. Det skal sikre, at sygehusene lever op til patienternes forventninger om en effektiv behandling og en god service.

En øget kvalitet i behandlingen hænger også sammen med de fysiske rammer, der skaber attraktive arbejdspladser for medarbejderne og gode forhold for patienterne. Derfor indgår investeringer i fremtidens sygehuse som led i den netop fremlagte kvalitetsreform.

Alt i alt rummer denne pjece en opløftende status. Den dokumenterer, at der er fremgang over hele linjen. Men den minder også om, at vi hele tiden skal tage fremtidens udfordringer alvorligt. Vi står over for en befolkning, der bliver ældre, og som derfor kræver mere pleje og behandling. Den udfordring må vi i de kommende år blive ved at have for øje. Derfor er det også glædeligt at kunne konstatere, at det danske sundhedsvæsen allerede nu er godt rustet til at tage udfordringerne op. Vi er således godt på vej til at få et sundhedsvæsen, der i sandhed er i verdensklasse.

God læselyst.

Lars Løkke Rasmussen

MÅL OG RESULTATER

Fremtidens sundhedsvæsen

Det danske sundhedsvæsen er gearet til fremtiden. Regeringen har løbende tilført sundhedsområdet de nødvendige midler således, at den enkelte patient kan få den bedst mulige behandling.

Regeringen har med kommunalreformen skabt rammerne for et sundhedsvæsen i verdensklasse i fem større og stærkere regioner. Samtidigt har kommunerne fået ansvar for det vigtige forebyggelsesområde, der dermed er kommet tættere på den enkelte borger.

Desuden har regeringen sat en række initiativer i gang, der skal gøre et godt sundhedsvæsen endnu bedre. Det gælder vigtige områder som sygehusspecialiseringen, kvalitet og elektroniske patientjournaler.

Regeringens målsætninger og resultater

Regeringen har fra starten haft fire klare målsætninger for det danske sundhedsvæsen: Kortere ventetider, at skabe et sundhedsvæsen på patienternes præmisser med frit valg, at skabe et effektivt sundhedsvæsen samt at skabe bedre forebyggelse.

Målsætningerne er udmøntet i en lang række konkrete initiativer og tiltag på sundhedsområdet, der har givet markante og mærkbare resultater i det danske sundhedsvæsen. Alle disse initiativer og resultater gennemgås i pjecens kapitler under overskrifterne:

- **Fremtidens sundhedsvæsen**
Økonomi, kvalitet, nye fokusområder, kommunalreformen, sundhedscentre og kvalitetsreformen
- **Mere behandling og kortere ventetid**
Behandling, ventetid, beskæftigelse, kræft- og hjerteområdet samt psykiatri
- **Sundhed på patientens præmisser**
Udvidet frit valg og almindeligt frit valg
- **Mere sundhed for pengene**
Takststyring og produktivitet
- **Bedre forebyggelse**
"Sund hele livet", rygning, motion og "KRAM"
- **Overblik**
Samlet oversigt over regeringens initiativer

Regeringens målsætninger på sundhedsområdet

- **Kortere ventetider**
- **Et sundhedsvæsen på patienternes præmisser – frit valg**
- **Et effektivt sundhedsvæsen, der belønner en ekstra indsats**
- **Bedre forebyggelse og mere sundhedsfremme**

FREMTIDENS SUNDHEDSVÆSEN

Et solidt fundament for fremtidens sundhedsvæsen

Det danske sundhedsvæsen er højt prioriteret. Derfor har regeringen år for år tilført flere midler til det danske sundhedsvæsen. Midlerne er blandt andet brugt til at øge aktiviteten i det danske sundhedsvæsen og til at styrke kræftbehandlingen.

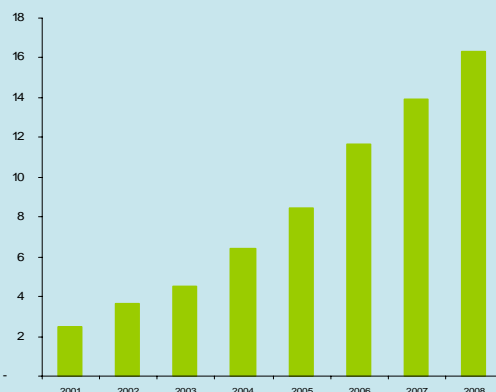
Senest har sundhedsområdet endnu en gang fået et markant løft med økonomiaftalen mellem regeringen og Danske Regioner. Der er skabt et solidt fundament for det danske sundhedsvæsen i 2008 og fremover. Samlet set betyder økonomiaftalen, at der i 2008 er afsat 16,3 mia. kr. mere til sundhedsvæsenet end i 2001. Der har altså været en markant realvækst i de midler, der bruges på det danske sundhedsvæsen siden 2001.

Kvalitetsoplysninger på de danske sygehuse

Et sundhedsvæsen i verdensklasse handler ikke kun om penge, men også om hvad vi får for pengene. Derfor har regeringen sat kvaliteten på de danske sygehuse øverst på dagsordenen. Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen har udviklet hjemmesiden www.sundhedskvalitet.dk. Hjemmesiden giver patienter og pårørende adgang til en lang række sammenlignelige oplysninger om kvaliteten og servicen på sygehusene.

Ud over en lang række nøgletal, der på forskellig vis udtrykker kvaliteten på det enkelte hospital, indeholder hjemmesiden en karaktergivning for de enkelte sygehuse. Hjemmesiden indeholder to forskellige karakterer – en sygehuskarakter og en behandlingskarakter. Sygehuskarakteren er en overordnet karakter fra én til fem stjerner og er et udtryk for hygiejnen på sygehuset, de fysiske rammer, patientoplevelen sikkerhed, patienternes tilfredshed med indlæggelsen, samt om sygehuset overholder indgåede aftaler. For en række udvalgte sygdomme/behandlinger har det desuden været muligt at udarbejde en karakter for

Ekstra midler afsat til sundhedssektoren 2001 til 2008 mia. kr. (2008-priser)



Note: Tallene for 2007 og 2008 er det budgetterede løft
Kilde: Kommunale budget og regnskab samt økonomiaftalen for 2008

Karakterer til de danske sygehuses kvalitet

- **Overordnet karakter til sygehus**
Indeholder indikatorer om hygiejne, fysiske forhold, patienttilfredshed, patientoplevelen sikkerhed mv.
- **Klinisk karakter for udvalgte sygdomme**
Indeholder indikatorer om den enkelte afdelings kliniske kvalitet i behandlingen på f.eks. hjerteområdet og ved fødsler.

Formål med www.sundhedskvalitet.dk

Formålet med hjemmesiden er at understøtte patienternes frie sygehusvalg samt at give sundhedspersonalet en øget tilskyndelse til at udvikle og forbedre kvaliteten.

den kliniske kvalitet af behandlingen på forskellige afdelinger, der udfører den pågældende behandling.

Hjemmesiden www.sundhedskvalitet.dk skal løbende udbygges med kvalitetsoplysninger for sygehusene, så hjemmesiden på sigt kommer til at indeholde oplysninger om den kliniske kvalitet for alle større behandlingsområder på de enkelte sygehusafdelinger,

Fokusområder i finanslovsaftalen for 2007

Med finanslovsaftalen for 2007 er dansk sundhed igen blevet styrket på mange vigtige områder.

Af større indsatsområder kan nævnes, at der afsættes en samlet pulje på 75 mio. kr. til social- og sundhedsområdet. Der afsættes desuden 100 mio. kr. til fortsættelse af tilbuddet om eksperimentel behandling til personer med livstruende sygdomme, og tilbuddet om gratis influenzavaccination for alle over 65 år gøres permanent samtidigt med, at ordningen udvides til også at inkludere førtidspensionister og kronisk syge.

Der er herudover afsat en lånepulje på 200 mio. kr. til indkøb af strålekanoner og scannere.

Sundhed i finanslovsaftalen for 2007

- Gratis influenzavaccination
- Forbedret behandling af diabetikere
- Hørescreening af nyfødte
- Udvidelse af register for rygmarvsdonorer
- Konsulenttilbud til særlige sclerosepatienter
- Generel screening for gravide for hepatitis B
- Eksperimentel behandling til patienter med livstruende sygdomme
- Pulje til sundhedscentre og forebyggelse i kommunerne
- Nationalt organdonationscenter
- Social- og sundhedspulje
- Forebyggelse af astma hos børn

Fokusområder i økonomiaftalerne for 2008

I økonomiaftalen for 2008 mellem regeringen og Danske Regioner sættes der fokus på en lang række vigtige områder i det kommende år.

Sygehusaktiviteten er steget markant gennem de seneste år. Med økonomiaftalen er der sikret et økonomisk råderum til en fortsat stigning i sygehusaktiviteten på knap 4 pct. for 2008. Det er således prioriteret højt at holde ventetiderne nede.

Der er enighed mellem regeringen og Danske Regioner om, at der er behov for strukturændringer i sygehusvæsenet, og at dette vil kræve betydelige *investeringer* over de kommende år. Økonomiaftalen for 2008 mellem regeringen og Danske Regioner fastlægger en række principper, som fremtidige investeringer af betydning for sygehusstrukturen skal ske i overensstemmelse med.

Med udviklingen af fremtidens sygehusstruktur, hvor funktioner samles på færre og mere bæredygtige enheder, øges behovet samtidig for, at flere funktioner fagligt kan løftes af et sundhedstilbud tæt på borgerne. Regeringen, Danske Regioner og KL har derfor aftalt, at der igangsættes et arbejde om *almen praksis* rolle i fremtidens sundhedsvæsen.

Regeringen vil med ikrafttræden fra den 1. januar 2008 gennemføre en omlægning af *speciallægeuddannelsen*, der uden tab af kompetencer forkorter den samlede uddannelsesetid. Principperne for omlægningen er fastlagt i aftalen om regionernes økonomi for 2008.

På *kræftområdet* fremgår det af økonomiaftalen for 2008, at sundhedsvæsenet skal reagere med det samme ved mistanke om, at en patient har kræft. Nærmere undersøgelser af patienten skal påbegyndes hurtigst muligt og tilrettelægges i standardforløb, der sikrer, at der ikke er unødigt spildtid mellem de forskellige undersøgelser. Patienter, der udredes for en livstruende sygdom, herunder kræft, skal prioriteres i forhold til patienter med mindre alvorlige lidelser.

Psykiatriområdet har fortsat regeringens og regionernes særlige bevågenhed, ligesom det har været tilfældet i de foregående år.

Sundhed i økonomiaftalerne for 2008

- Sygehusaktiviteten
- Investeringer i fremtidens sygehusstruktur
- Fremtidens almene praksis
- Lægelig videreuddannelse
- Kræftområdet
- Psykiatri

Principper for investeringer i fremtidens sygehusstruktur

Økonomiaftalen for 2008 mellem regeringen og Danske Regioner fastlægger en række principper for investeringer i fremtidens sygehusstruktur under følgende overskrifter:

- Kvalitet.
- Finansiering.
- Personalemæssige ressourcer og øget produktivitet.
- Opfølgning på investeringer.

Samlingen af højt specialiserede behandlinger og akutte beredskaber på færre sygehuse er den overordnede forudsætning for de fremtidige ændringer i sygehusstrukturen. Principperne skal dermed:

- sikre, at fremtidige investeringer er bæredygtige og øger kvaliteten i sygehusvæsenet.
- sikre, at de fysiske rammer i sygehusvæsenet bliver tidssvarende og
- understøtte mere sammenhængende patientforløb og
- understøtte bedre anvendelse af personaleressourcerne

Et ekspertpanel bestående af internationalt anerkendte eksperter med stor indsigt på sygehusområdet i forhold til sygehusdrift, logistik, større sygehusbyggerier, faglig bæredygtighed mv. skal vurdere de konkrete større strukturelle anlægsprojekter i forhold til ovennævnte principper.

Nye indsatsområder

Med økonomaftalerne for 2008 får sygehusområdet 1.650 mio. kr. ekstra i forhold til i 2007. Disse midler gives til øget aktivitet, sygehusmedicin, patienttransport, patientforsikring m.v.

Desuden er der givet 290 mio. kr. ekstra til medicin under sygesikringen samt 300 mio. kr. til det øvrige sygesikringsområde (praktiserende læger, speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter, kiropraktorer m.v.). Der er tillige afsat 20 mio. kr. til en forsøgsordning med tilbud om psykologbehandling til ikke-psykotiske patienter.

Endelig får kommunerne tilført 300 mio. kr. ekstra til genoptræningsindsatsen

I alt tilføres der hermed 2.560 mio. kr. ekstra i 2008 til drift af sundhedsvæsenet, fordelt med 2.260 mio. kr. til regionerne og 300 mio. kr. til kommunerne.

Herudover er der afsat en låneramme på 900 mio. kr. i 2008 til indkøb af medico-teknisk udstyr.

Forsøg med sundhedscentre

Regeringen har taget udfordringen op i forhold til bl.a. de mange langvarigt og kronisk syge. Således har 18 kommuner i 2005 modtaget tilskud til forsøg med sundhedscentre i perioden 2005-2008.

Projekterne er forskellige. De fleste fokuserer dog på genoptræning efter sygehusindlæggelse og forebyggelse og sundhedsfremme – både borgerrettet og patientrettet.

Forsøg med sundhedscentre bidrager til viden om, hvordan det kommunale og det regionale sundhedsvæsen kan blive bedre til at sikre en sammenhæng i det enkelte patientforløb. Sundhedscentre kan være en måde at skabe en fast ramme for den kommunale indsats i forhold til f.eks. den enkelte kroniske patient i samarbejde med praksislægen og med denne som tovholder. Sundhedscenter-projekterne bliver evalueret og resultaterne formidlet, så andre kan lære af erfaringerne.

De afsatte midler for 2008 mio. kr. (2008-priser)

Øget aktivitet på sygehusene.....	950
....Heraf løft af strålepuljen	100
Sygehusområdet i øvrigt.....	700
Sygesikringsmedicin	290
Øvrig sygesikring	300
Forsøg med psykologbehandling.....	20
Kommunal genoptræning.....	300
I alt	2.560
Heraf	
Regionerne	2.260
Kommunerne	300
Låneadgang til indkøb af udstyr.....	900

Puljer til sundhedscentre

- 50 mio. kr. til forsøg med sundhedscentre (Finansloven 2005)
- 50 mio. kr. i forbindelse med Kræftplan II (Finansloven 2006)
- Alle 100 mio. kr. er fordelt til i alt 18 sundhedscenterforsøg
- 30 mio. kr. til sundhedscentre i 2006

Kvalitetsreformen

Med kvalitetsreformen lanceret i august 2007 sætter regeringen sundhedsvæsenet øverst på dagsordenen. Gennem de otte delreformer i strategien "Bedre velfærd og større arbejdsglæde" ønsker regeringen at højne kvaliteten i den offentlige sektor til gavn for både borgere og medarbejdere.

En stor del af kvalitetsreformens 180 konkrete initiativer stiler mod at sikre fortsat fornyelse og udvikling af det danske sundhedsvæsen. Regeringen har blandt andet stillet forslag til et nyt patientklagesystem med udvidede patientrettigheder. Regeringen vil styrke både den patientrettede og den borgerrettede forebyggelsesindsats og oprette en national forebyggelseskommission. Og regeringen vil øge indsatsen for kræftpatienterne og de kronisk syge gennem bedre tilrettelagte behandlingsforløb.

De fremtidige fysiske rammer skal understøtte optimale patientforløb i stærke og specialiserede faglige enheder, hvor knappe personalemæssige ressourcer udnyttes bedst muligt. Derfor skal der som en del af kvalitetsreformen etableres en kvalitetsfond på 50 mia. kr. til at investere i moderne og bæredygtige fysiske rammer for den offentlige sektor. På sundhedsområdet nedsættes et ekspertpanel, som skal sikre et grundigt beslutningsgrundlag for den fremadrettede sygehusstruktur og de medfølgende investeringer.

Regeringen har i kvalitetsreformen opstillet en række kvalitetsstandarder for brugerne i den offentlige sektor. For sundhedsvæsenets patienter vil regeringen bl.a. arbejde for, at patienter med livstruende kræft får akut handling og klar besked, at alle indlagte patienter får én fast kontaktperson, og at akutberedskabet når frem inden for 15 minutter.

Regeringens otte reformer i kvalitetsreformen

- Brugere i centrum
- Attraktive arbejdspladser med ansvar og faglig udvikling
- Ledelsesreform – kompetente, professionelle og synlige ledere
- Institutionerne skal tænke nyt og udvikle kvaliteten
- Stærkt lokalt selvstyre
- Afbureaukratiseringsreform
- Flere hænder til nærvær og omsorg
- Investeringer i fremtidens velfærd

Kvalitetsstandarder for patienter

- Livstruende kræftformer kræver akut handling og klar besked. Udredning og behandling skal iværksættes straks
- I takt med at sygehusene bliver udbygget og renoveret, skal alle indlagte patienter, som det er relevant for, have enestue, hvis de ønsker det
- Indlagte patienter eller patienter i længerevarende ambulante forløb skal have én fast kontaktperson, som de kan henvende sig til for at få råd og vejledning
- Akutberedskabet skal indrettes, så hjælpen under normale omstændigheder kan være fremme inden for 15 minutter efter opkald 112.

MERE BEHANDLING OG KORTERE VENTETID

Stigende aktivitet

Patienterne har krav på behandling inden for en rimelig tid. Det kræver, at behandlingssystemet kan følge med behovet.

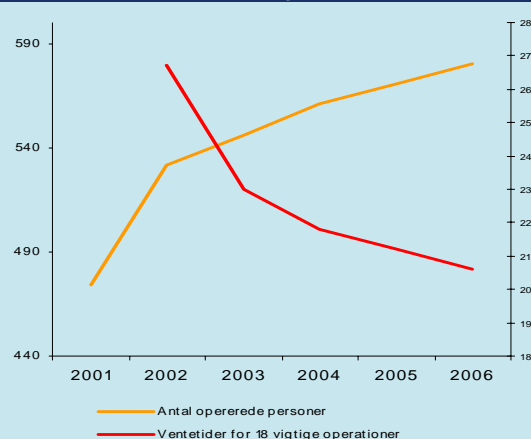
Siden regeringens tiltræden er der i perioden 2002 og 2006 blevet afsat mellem 1 og 1½ mia. kr. årligt til øget aktivitet (den aktivitetsafhængige pulje). I 2007 og 2008 er der afsat knap 3 mia. kr. hvert år. Puljen udbetales til regionerne, når de kan dokumentere, at de øger antallet af behandlinger. Dette har kunnet ses på aktiviteten, og det har givet håndgribelige resultater. Ventetidskurven er knækket.

Flere operationer

I de seneste år er det lykkedes at øge antallet af behandlinger i sundhedsvæsenet væsentligt. Det har betydet, at ventetiden til sygehusbehandling er nedbragt mærkbart. Samtidig er der sat måltættet ind på at forbedre behandlingen af livstruende sygdomme, herunder på kræft- og hjerteområdet.

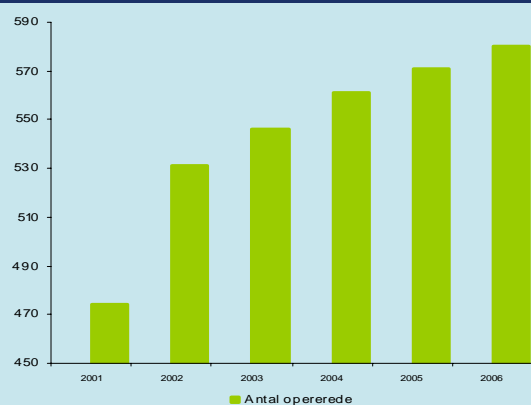
Det samlede antal opererede i det danske sundhedsvæsen er steget med godt 22 pct. fra 2001 til 2006. I alt blev der foretaget knap 105.900 flere operationer på danskere i 2006 end i 2001.

Antal opererede personer og ventetider



Kilde: Sundhedsstyrelsens patientinformationssystem og Landspatientregisteret

Antal opererede personer 2001-2006 (1000)

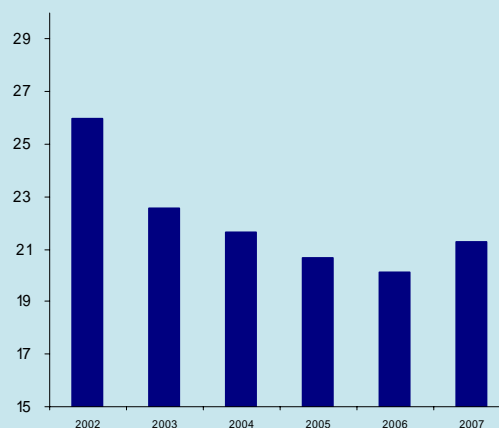


Kilde: Landspatientregisteret

Faldende ventetider

Ventetiden er faldet. Ventetiden opgøres for 18 vigtige operationer og måles som den tid, der kan forventes at gå, før man bliver behandlet. De 18 vigtige operationer er operationer, hvor der historisk har været relativ lang ventetid samt et relativt stort behov for behandling. For de 18 vigtige operationer er den tid, man kan forvente at skulle vente, hvis man får brug for behandling, faldet fra 27 uger i juli 2002 til knap 21 uger i juli 2006. Det svarer til et fald på 22 pct.

Ventetider til 18 vigtige operationer (uger)



Kilde: Sundhedsstyrelsens patientinformationssystem – målt i juli måned

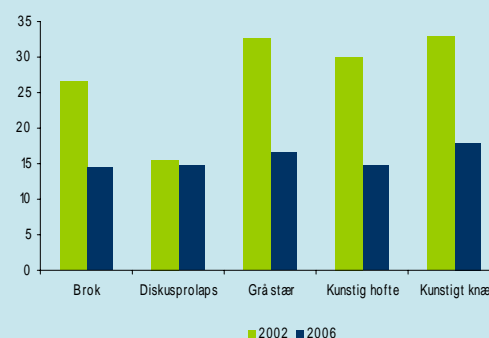
Fald i ventetider for fem vigtige operationer

For fem af de 18 vigtige operationer er de fremadrettede ventetider faldet markant. Ventetiderne for fem operationer fra 2001 til 2006 er således faldet med:

- Brok 45 pct.
- Diskusprolaps 6 pct.
- Grå stær 49 pct.
- Kunstig hofte 51 pct.
- Kunstigt knæ 46 pct.

For nogle af disse operationer er der sket et fald i den tid, man kan forvente at vente på en operation, fra over 30 uger til omkring eller under 14 uger.

Gennemsnitlige ventetider for fem operationer (uger)



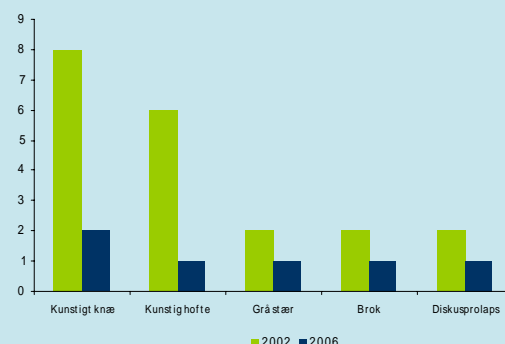
Kilde: Sundhedsstyrelsens patientinformationssystem

Frit valg til hurtigste behandling

Det frie valg betyder, at man selv kan vælge, hvilket sygehus man vil behandles på. Man kan altså vælge det sygehus, der har den korteste ventetid til den operation, man skal have foretaget.

Det er i dag muligt at få foretaget eksempelvis brok-, grå stær-, hofte- og knæoperationer samt operation for diskusprolaps inden for en eller to uger. Det kræver altså blot, at patienten vælger det offentlige sygehus med den korteste ventetid. Også ventetiden til forundersøgelser til disse operationer ligger på to uger og derunder.

Korteste ventetider for fem operationer (uger)



Kilde: Sundhedsstyrelsens patientinformationssystem
Note: Ventetiden for brok er målt for 2003 og 2006.

Flere ansatte i sundhedsvæsenet

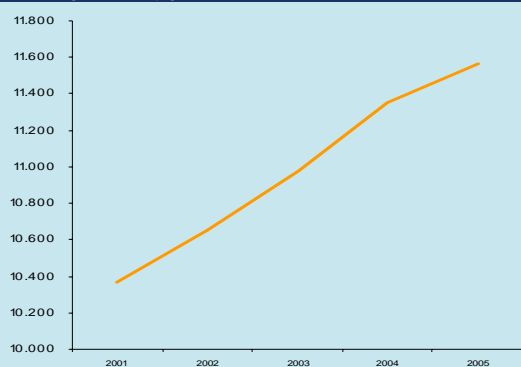
De øgede midler til sygehusvæsenet har betydet mere personale. Stigningen er især sket inden for det sundhedsfaglige personale. På samme tid er antallet af administrativt ansatte på sygehusene faldet.

I alt var der i 2005 knap 86.200 fuldtidsbeskæftigede ved sygehusene svarende til godt 800 flere end i 2001. Der var i 2005 ansat godt 11.600 læger på sygehusene, hvilket er knap 1.200 flere end i 2001.

Antallet af sygeplejersker har også været stigende. Der var i 2005 ansat 30.500 sygeplejersker på sygehusene. Det er ca. 1.300 flere end i 2001.

Trods stigningen i antallet af sundhedsfagligt personale er der stadig brug for flere hænder i den danske sundhedssektor. Regeringen har derfor iværksat en række tiltag, som skal sikre det nødvendige antal sygeplejersker i fremtiden bl.a. ved at øge optaget og mindske frafaldet på sygeplejerskeuddannelserne. Herudover har regeringen fremsat planer om en omlægning af speciallægeuddannelsen, der har til formål at forkorte den faktiske uddannelsesvarighed for at afhjælpe manglen på speciallæger. Omlægningen er aftalt med Danske Regioner og Lægeforeningen.

Antal læger på sygehuse 2001-2005



Kilde: Sundhedsstyrelsen

Antal sygeplejersker på sygehuse 2001-2005



Kilde: Sundhedsstyrelsen

Bedre kræftbehandling

Det er regeringens målsætning at bringe den danske kræftbehandling op på højeste internationale niveau. Regeringen har derfor taget en lang række initiativer til at forbedre kræftbehandlingen, både hvad angår kvaliteten i kræftbehandlingen og antallet af behandlinger.

Men vi er ikke i mål endnu. Dansk kræftbehandling skal være endnu bedre. Derfor fortsætter regeringen sin målrettede indsats på kræftområdet. Patienter med kræft eller mistanke om kræft skal have akut handling og klar besked. Der skal udarbejdes fagligt optimale pakkeforløb for hver enkelt kræftform, så patienterne får et hurtigt og gnidningsfrit forløb uden unødigt ventetid. Desuden skal der laves standarder for patientinformation og forløbsbaserede kontaktpersonordninger, så kræftpatienter får præcis besked gennem hele behandlingsforløbet.

Siden 2001 er der hvert år tilført betydelig flere penge til kræftområdet. Pengene er givet til blandt andet kræftmedicin, bedre tilrettelæggelse af kræftbehandling og eksperimentel kræftbehandling. Kræftområdet har desuden fået et yderligere løft gennem de aktivitetsafhængige puljer. Fra 2007 er der afsat en særskilt pulje, der skal tilskynde til mere aktivitet i strålebehandlingen.

Kræftplan II

I juni 2005 indgik regeringen og Dansk Folkeparti en aftale om iværksættelsen af "Kræftplan II". Aftalen indeholder forbedringer inden for blandt andet forebyggelse, opsporing og diagnosticering, behandling, medicin, genoptræning, samarbejde, forskning og eksperimentel behandling.

Med aftalen er der yderligere sat fokus på behandlingen og diagnosticeringen af kræft. Aftalen sikrer, at anbefalingerne i Kræftplan II omsættes til en konkret indsats, der skal styrke kræftområdet i Danmark. Der blev afsat over 1 mia. kr. til kræftområdet i denne aftale, inkl. lånerammer til indkøb af udstyr.

Kræftplan II udspringer af en langsigtet handlingsplan udarbejdet af Sundhedsstyrelsen med en lang række faglige anbefalinger, der skal udrulles og iværksættes over flere år. Sundhedsstyrelsen har foretaget et servicetjek af indsatsen i efteråret 2007.

Forbedret indsats på kræftområdet

- I 2002 lavede regeringen sundhedsplanen "Sund hele livet". Denne plan har som en målsætning at reducere antallet af kræfttilfælde i Danmark
- I 2003 kom muligheden for eksperimentel behandling i udlandet gennem det såkaldte "Second Opinion" udvalg
- I 2004 etableredes mulighed for eksperimentel kræftbehandling seks steder i Danmark, og den kliniske kræftforskning blev styrket
- I 2005 blev der blandt andet givet midler til at styrke kapacitetsudnyttelsen og kvalitetsudviklingen
- I 2006 er der taget en lang række initiativer, der er begyndelsen på den konkrete iværksættelse af Kræftplan II
- I 2007 er der sket en målrettet indsats for bedre tilbud om strålebehandling, og der er offentliggjort interne ventetider, som skal skabe grundlag for bedre og kortere patientforløb

Kræftplan II

1. Rygestoptilbud i kommunerne
2. Fremrykket brystkræftscreening
3. Styrkelse af lægers efteruddannelse
4. Hurtig diagnostik og bedre patientforløb
5. Mere kvalitet i kirurgi
6. Ekstra midler til ny kræftmedicin.
7. Partnerskab mellem Kræftens Bekæmpelse, KL og sundhedsmyndigheder om rehabilitering
8. Styrket klinisk kræftforskning
9. Udvidet tilbud om eksperimentel kræftbehandling
10. Flere strålekanoner
11. Flere scannere
12. Fordobling af midler til sundhedscentre i kommunerne

Målrettet forbedring af strålebehandling

Regeringen finder det afgørende, at der står respekt om patienternes rettigheder. Da det i november 2006 kom frem, myndighederne havde svigtet deres ansvar efter reglerne om maksimale ventetider i forhold til en række patienter, der skulle have strålebehandling, gav det anledning til en målrettet indsats.

Der blev nedsat en task force og efter aftale med Dansk Folkeparti etableret en særlig tværgående kræftenhed. Der blev også iværksat en række analyser på stråleområdet.

Resultatet er dokumentation for, at patienterne nu får de tilbud, de har krav på og en række redskaber, der sammen med de store investeringspuljer til blandt andet strålekanoner nu giver udsigt til en løsning af mange års kapacitetsproblemer i strålebehandlingen allerede i 2008.

Resultater på kræftområdet

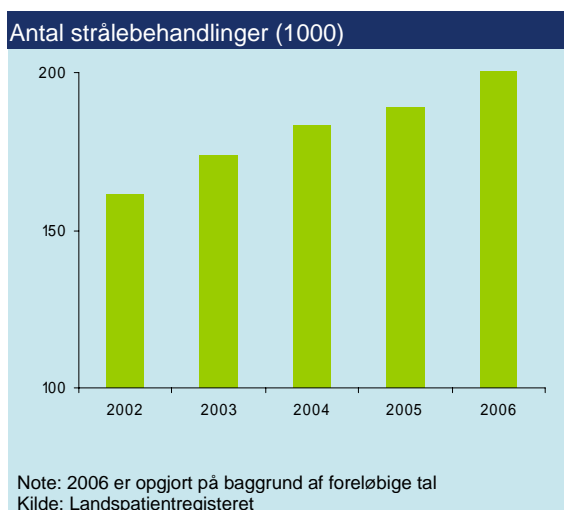
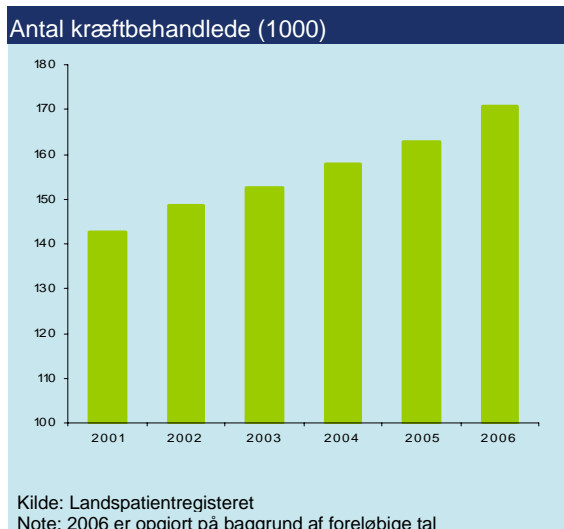
Resultaterne af den styrkede indsats på kræftområdet er markante. Flere mennesker end nogensinde før behandles for deres kræftsygdom, og der er sket en markant stigning i antallet af behandlinger.

Fra 2001 til 2006 er det årlige antal kræftbehandlede steget med knap 28.000. Det svarer til en stigning i antallet af kræftbehandlede på 20 pct. fra 2001 til 2006.

Alene fra 2005 til 2006 er antallet af kræftbehandlede steget med godt 8.000.

Antallet af strålebehandlinger er ligeledes steget med i alt 24 pct. fra 2002 til 2006. Samtidig er antallet af kemobehandlinger steget med ca. 57 pct. fra 2002 til 2006.

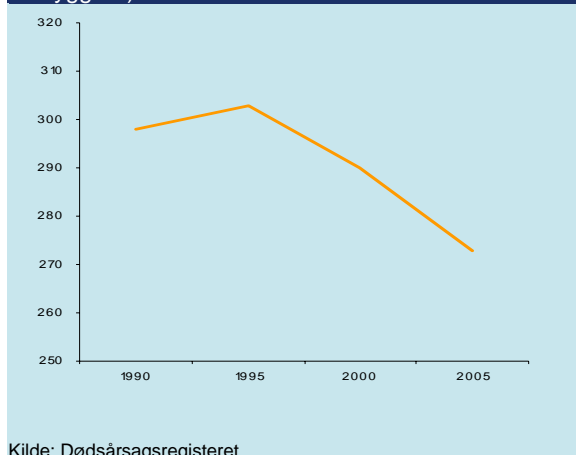
Regeringen har afsat en pulje på 100 mio. kr. i 2005 og 50 mio. kr. i 2006. Denne pulje skal fremme effektive arbejdsgange i sundhedsvæsenet på kræftområdet.



Faldende antal dødsfald som følge af kræft

Både i Danmark og i udlandet er kræft fortsat en sygdom, som meget ofte har dødelig udgang. Men i Danmark kan vi nu se resultatet af den målrettede indsats på kræftområdet. Antallet af dødsfald som følge af kræft er faldende både hos mænd og kvinder. Fra 1995 til 2005 er antallet af dødsfald som følge af kræft faldet med 30 personer pr. 100.000 indbyggere. I perioden fra 1995 til 2000 er kræft dødeligheden således faldet med 4 pct., mens faldet fra 2000 til 2005 var på hele 6 pct..

Dødsfald som følge af kræft (antal døde pr. 100.000 indbyggere)

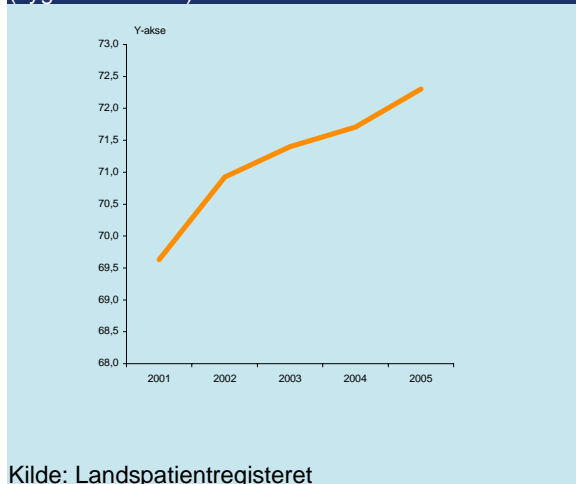


Kilde: Dødsårsagsregisteret

Stigende overlevelsesrater på kræftområdet

Udviklingen i overlevelsesraterne er positive for næsten alle kræftformer. Den gennemsnitlige udvikling i overlevelsen for otte kræftformer er således steget fra 69,6 i 2001 til 72,3 procent i 2007. Stigningen er især sket for lungekræft, blærehalskræft, kræft i æggestokkene og endetarmskræft.

Relativ 1-årig overlevelse for 8 kræftformer i pct. (sygehusbaseret)



Kilde: Landspatientregisteret

Styrket indsats og resultater på hjerteområdet

Hjerteområdet viser, hvor langt man kan nå med en langsigtet, målrettet indsats. Indsatsen er blandt andet sket gennem "Hjerteplanen".

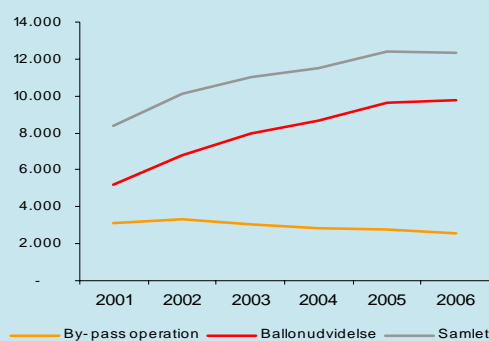
Det er lykkedes at sikre en høj og ensartet landsdækkende kvalitet samtidig med, at kapaciteten er blevet udbygget over en kort årrække. Udviklingen på hjerteområdet følges nøje af Sundhedsstyrelsens *Hjertefølgegruppe*.

Flere hjerterbehandling

Antallet af ballonudvidelser og by-pass operationer er steget de seneste 10 år fra knap 4.000 til over 12.000 årlige operationer og er fortsat højt. Det har sat sine tydelige spor i form af faldende dødelighed.

Alene i regeringsperioden er antallet af disse operationer steget med over 4.000, hvilket svarer til en stigning på knap 50 pct. Faldet i antallet af by-pass operationer skyldes, at by-pass i stigende grad erstattes med ballonudvidelser, der er et mere skånsomt indgreb.

Antal hjerteroperationer: Ballonudvidelser og by-pass

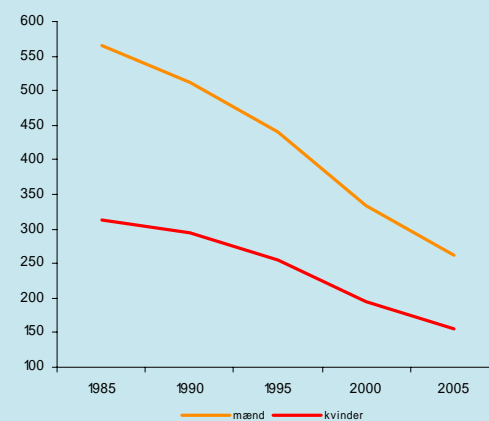


Kilde: Hjerteregisteret

Faldende dødelighed som følge af hjertesygdom

Dødeligheden i Danmark forårsaget af hjertesygdomme er faldet markant gennem de sidste år. Det gælder både for mænd og kvinder. Den faldende dødelighed skyldes både en lavere sygdomsforekomst og en øget overlevelse som følge af bedre både medicinsk og kirurgisk behandling. Hjertesygdomme er således ikke længere den hyppigste dødsårsag i Danmark.

Dødsfald som følge af hjertesygdom (antal døde pr. 100.000 indbyggere)



Kilde: Dødsårsagsregisteret

Styrket hjerterehabilitering

Som konsekvens af kommunalreformen overgår en del af rehabiliteringsopgaverne fra 2007 til kommunerne. Tilrettelæggelsen af den samlede rehabiliteringsindsats er blandt andet formuleret i de nye lovpligtige sundhedsaftaler mellem region og kommuner.

Regeringen har således sat fokus på, at ikke kun hjertepatienter fortsat tilbydes den bedst mulige behandling, men også at rehabiliteringsindsatsen styrkes.

Psykiatriaftalen 2003-2006

Med psykiatriaftalen for perioden 2003 - 2006 blev der sat fokus på forbedring og kvalitetsudvikling af tilbuddene inden for psykiatrien. I årene 2003-2006 blev der på sundhedsområdet afsat 600 mio. kr. til at støtte en udbygning af tilbuddene i den danske psykiatri.

Med aftalen blev der sat yderligere fokus på at nå målsætningen om fuld dækning af enestuer i psykiatrien. Antallet af enestuer i forhold til det samlede antal sengepladser er i regeringsperioden steget med 18 pct., fra 67 pct. i 2001 til 85 pct. i 2005.

Bedre psykiatri

Der er sat fokus på psykiatrien i Danmark, og der er gennem de senere år sket væsentlige forbedringer for de sindslidende.

I oktober 2006 blev der indgået en ny psykiatriaftale for perioden 2007 - 2010. Der er med aftalen afsat 680 mio. kr. på sundhedsområdet til fastholdelse af den gode udvikling og til videreudvikling og udbygning af mere nuancerede og målrettede tilbud i psykiatrien.

I forbindelse hermed blev der aftalt en gradvis indførelse af en udvidet udrednings- og behandlingsret i børne- og ungdomspsykiatrien. I løbet af aftaleperioden får børn og unge ved ventetider på mere end 2 måneder ret til at lade sig udrede og behandle på en klinik, som regionerne har en aftale med. Målsætningen er, at alle patienter i psykiatrien skal have tilsvarende rettigheder i 2010.

Ud over børn og unge prioriteres retspsykiatrien, tilbud til patienter, som lider af depression, angst og tvangstanker og den opsøgende og udgående virksomhed.

Fokusområder i psykiatriaftalen for 2003-2006

- Udbygning af enestuer
- Psykisk syge børn og unge
- Sindslidende med dobbeltdiagnoser
- Transkulturel psykiatri
- Børn af psykisk syge forældre
- De ikke-psykotiske sindslidende (depression, angst, tvangstanker m.v.)

Fokusområder i psykiatriaftalen for 2007-2010

- Gradvis indførelse af udvidet udrednings- og behandlingsret
- Fortsat styrkelse af børne- og ungdomspsykiatrien
- Styrkelse af indsatsen i retspsykiatrien
- Styrkelse af indsatsen over for ikke-psykotiske lidelser (depression, angst, tvangstanker mv.)
- Styrkelse af tilgængelighed og opsøgende og udgående virksomhed
- Landsdækkende udviklings- og forskningsinitiativer

Bedre retsstilling for psykiatriske patienter

Psykiatriloven, der regulerer anvendelsen af tvang i psykiatrien, er med virkning fra den 1. januar 2007 blevet ændret på en lang række punkter. Formålet med lovændringen er at styrke patienternes retssikkerhed og retsstilling i forbindelse med anvendelsen af tvang i psykiatrien, herunder på nogle områder at reducere anvendelsen af tvang.

Psykiatriloven er i alt ændret på mere end 30 punkter. Patienternes retsstilling styrkes blandt andet gennem obligatoriske eftersamtaler for patienterne efter ethvert tvangsindgreb, obligatorisk beskikkelse af patientrådgiver ved de fleste tvangsindgreb, øget lægeligt tilsyn og ekstern lægelig efterprøvelse til langvarigt bæltefikserede patienter m.v.

Hertil kommer en række nye afsnit i loven, der opstiller klare og synlige retningslinier for, hvornår personlig skærmning, aflåsning af døre i afdelingen, personlig hygiejne under anvendelse af tvang og undersøgelse af post, patientstuer, ejendele og kropsvisitation m.v., kan anvendes.

Ændringer i psykiatriloven fra 2007

- Ny definition af tvang – ligestilling af somatiske og psykiatriske patienter
- Eftersamtaler ved ethvert tvangsindgreb
- Regler for personlig skærmning
- Øget lægeligt tilsyn til bæltefikserede patienter
- Ekstern lægelig efterprøvelse af bæltefikserede patienter
- Øget anvendelse af patientrådgivere
- Mulighed for domstolsprøvelse af flere indgreb

SUNDHED PÅ PATIENTENS PRÆMISSER

Flere og flere benytter sig af frit valg

Sundhedsvæsenet skal indrettes på patienternes præmisser. Derfor har regeringen sat fokus på at styrke borgerens frie valg, så det enkelte menneske kan få den nødvendige behandling til tiden. Desuden har regeringen iværksat en række initiativer, der skal forbedre den enkeltes kontakt til sundhedssystemet.

Udvidet frit valg

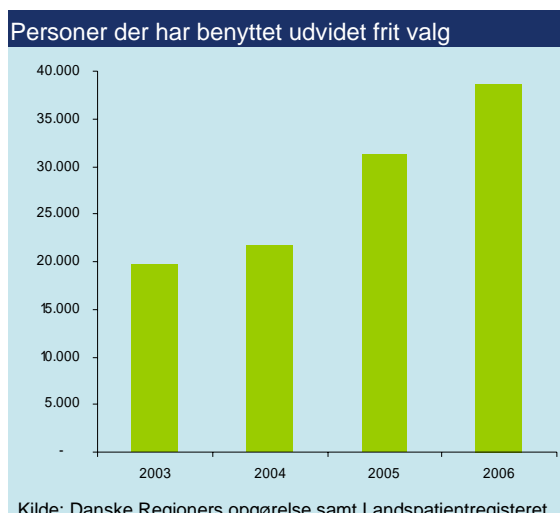
I 2002 indførte regeringen det udvidede frie sygehusvalg, der giver patienter ret til at vælge behandling på private eller udenlandske sygehuse, som der er indgået aftale med. Man kan benytte sig af det udvidede frie valg, når ventetiden i det offentlige sygehusvæsen overstiger to måneder. Ved indgangen til 2006 var der indgået aftaler med ca. 140 privathospitaler og privatklinikker i Danmark og udlandet. Ordningen har været en stor succes med mange tilfredse patienter.

Knap 117.000 personer benyttede sig af det udvidede frie sygehusvalg mellem juli 2002 og december 2006. Der er en klar stigning i antallet af personer, der benytter sig af tilbuddet om behandling på private og udenlandske sygehuse. I 2006 benyttede knap 39.000 personer sig af tilbuddet. Det er det hidtil største antal personer på ét år og en stigning på 24 pct. set i forhold til 2005.

Udvidet frit valg efter en måned

På baggrund af regeringsgrundlaget fra februar 2005 har regeringen taget initiativ til, at patienter allerede omfattet af reglerne om det udvidede frie sygehusvalg, hvis ventetiden i det offentlige sygehusvæsen overstiger 1 måned. Dette skete med virkning fra den 1. oktober 2007.

Samtidig med det udvidede frie valg er der også almindeligt frit valg til offentlige sygehuse. Det betyder, at man frit kan vælge mellem sygehuse i egen og andre regioner uanset ventetid.



Patienten først

En række ordninger forbedrer patienternes kontakt til systemet. Der er indført særlige patientkontorer i alle regioner, og der er indført pligt til at informere patienterne om ventetid og valgmuligheder, når de bliver henvist til sygehusbehandling. Der er indført regler om kontaktpersoner på genoptræningsområdet, og med regionerne er der aftalt kontaktpersonordninger på sygehusene for indlagte og kroniske patienter.

Høj patienttilfredshed

Samtidig med, at patienterne selv kan vælge, hvor de vil behandles, er patienternes tilfredshed med sygehusindlæggelser høj.

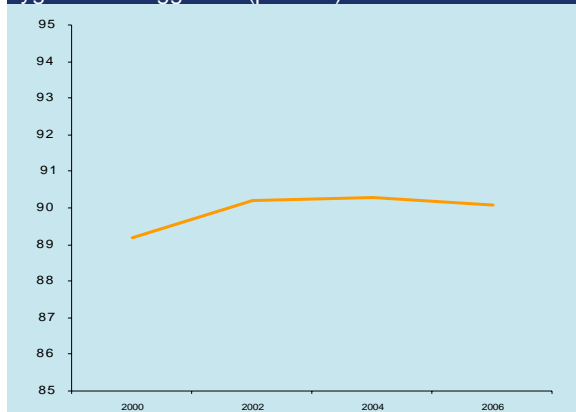
Det gælder eksempelvis tilfredsheden med ventetiden mellem henvisning og indlæggelse, tilfredsheden med orienteringen af egen læge, tilfredsheden med indholdet af den skriftlige information og omfanget af information under indlæggelse, tilliden til plejepersonalets og lægernes faglige dygtighed samt yderligere en lang række vigtige parametre. Også den samlede tilfredshed med sygehusindlæggelserne har været konstant høj siden 2000.

Bedre speciallægeuddannelse

Speciallægeuddannelsen er den uddannelse, som læger gennemgår, og hvor de specialiserer sig, når de er færdige med at læse medicin og har været i turnus.

Et godt sundhedssystem kræver, at vi har nok dygtige læger. Derfor ser regeringen speciallægeuddannelsen efter hvad angår den tid, der går, før uddannelsen til speciallæge er gennemført. Regeringen forbereder en række tiltag, der kan reducere det nuværende gab, der er mellem den normerede uddannelsestid og den faktiske uddannelsestid for speciallæger. Blandt andet ved at reducere forældelsesfristen mellem gennemført introduktionsforløb og påbegyndt hoveduddannelsesforløb, at konvertere nogle af de nuværende "ventestillinger" til uddannelsesstillinger, at belønne de uddannelsessøgende læger, der går hurtigt igennem systemet og at oprette såkaldte "fast track" forløb i specialer med lav søgning, så uddannelsessøgende læger, der påbegynder et introduktionsforløb inden for disse specialer, sikres ansættelse i hoveduddannelsesforløb umiddelbart i forlængelse af introduktionsforløbet.

Andel af patienter med et positivt samlet indtryk af sygehusindlæggelsen (procent)



Kilde: Patienters oplevelser på landets sygehuse, Spørgeskemaundersøgelse 2006. Amterne, H:S og Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Gennemførelse af speciallægeuddannelsen

Speciallægeuddannelsen er normeret til 6-7½ år. Den typiske læge – eller "medianlægen" – er ca. 12 år om at gennemføre uddannelsen. En del af den ekstra tid kan forklares af ph.d.-forløb samt barselsorlov, men der er fortsat et betydeligt potentiale for at reducere den faktiske uddannelseslængde.

MERE SUNDHED FOR PENGENE

Det er regeringens klare målsætning, at vi skal have mest muligt ud af de penge, der bruges i det danske sundhedsvæsen. Den statslige aktivitetsafhængige pulje grundlagde det princip ved at kræve dokumenteret aktivitet, før der kan opnås ekstra midler fra puljen. Siden er princippet om takstfinansiering – at f.eks. sygehuse og sygehusafdelinger får bevillinger efter, hvor mange behandlinger de udfører – blevet udbredt i sundhedsvæsenet.

Derudover har regeringen sat målrettet ind med støtte til indførelse af mere effektive arbejdsgange m.v. således, at man kan undgå, at patienter og sundhedsfagligt personale venter på hinanden. Disse initiativer har været medvirkende til at skabe et sundhedsvæsen, der i stigende grad er kendetegnet ved effektivitet og kortere ventetider.

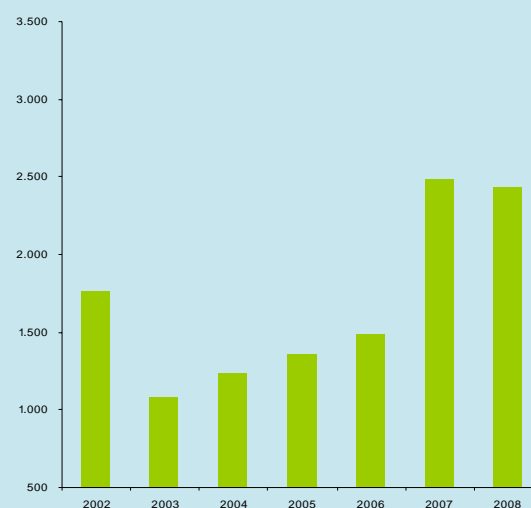
Belønning for en ekstra indsats

For at øge aktiviteten og nedbringe ventetiderne har regeringen i perioden fra 2002 til 2006 hvert år afsat en statslig pulje på mellem 1 og 1½ mia. kr. til honorering af meraktivitet på sygehusene.

Med kommunalreformen er det statslige aktivitetsafhængige tilskud blevet en af de fire kilder til finansiering af regionernes sundhedsopgaver. Puljen er samtidig øget, så den nu udgør knap 3 mia. kr. Dermed er der en endnu større tilskyndelse til at øge aktiviteten og nedbringe ventetiderne på regionernes sygehuse.

En andel af det statslige aktivitetsstilskud udmøntes af kommunerne via den kommunale medfinansiering. Den indebærer, at kommunernes økonomiske bidrag til regionernes sundhedsvæsen også delvist afhænger af de faktisk gennemførte behandlinger på regionernes sygehuse mv. Kommunerne er via økonomiaftalen sikret midler til finansiering af den ekstra aktivitet, der skabes via den statslige puljeordning.

Den aktivitetsafhængige pulje (2008-priser, mio. kr.)



Note: Tallene er bevillingstal inkl. eventuelle tillægsbevillinger. For 2007 og 2008 er beløbene ekskl. den kommunale medfinansieringsandel.

Kilde: Bevillingsafregning 2002-2006, FL 2007 og FFL2008."

I 2007 er den statslige aktivitetsafhængige pulje blevet delt i to ved oprettelse af en særskilt pulje til strålebehandling på kræftområdet. I økonomiaftalen mellem regeringen og regionerne for 2008 er det aftalt, at denne særskilte pulje videreføres i 2008. Formålet er at give regionerne en ekstraordinær økonomisk tilskyndelse til at nedbringe ventetiderne på dette område.

De statslige meraktivitetspuljer har haft stor effekt. Aktiviteten er således øget betydeligt, og ventetiden er faldet markant.

Afregning efter takster

Regeringen har medvirket til indførelsen af en stigende grad af takststyring på de danske sygehuse.

Takststyring indebærer, at størrelsen af sygehusernes bevillinger afhænger af, hvor mange patienter de behandler. Fra 2004 skulle minimum 20 pct. af sygehusernes bevillinger udmøntes afhængigt af deres præsterede aktivitet. Med økonomiaftalen for 2007 mellem regeringen og regionerne blev det aftalt, at regionerne skulle øge andelen af takststyring til 50 pct.

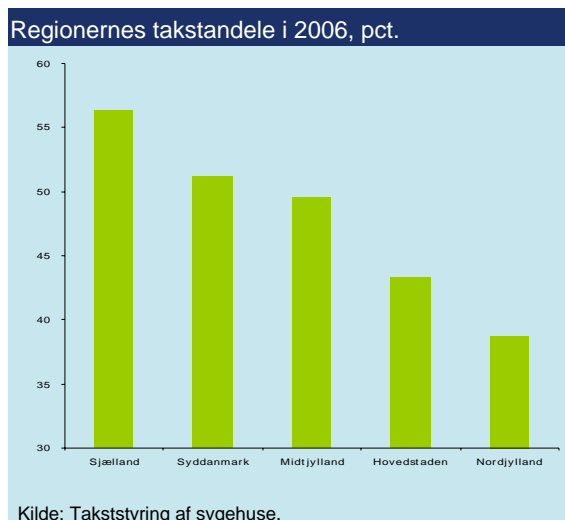
Regionerne er dermed allerede godt i gang med at indføre takststyring på sygehuserne. I 2006 blev således mellem 39 pct. og 56 pct. af bevillingerne til sygehuserne givet på denne måde.

Produktivitet

Regeringen samarbejder med regioner om at udvikle systematiske produktivetsopgørelser af sygehusvæsenet, der løbende offentliggøres. Dette skaber større gennemsigtighed og bedre muligheder for at sammenligne sygehusproduktiviteten på forskellige niveauer.

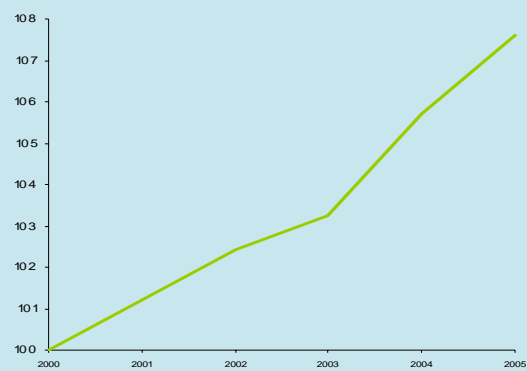
Målinger af produktivitet er et vigtigt redskab, der kan hjælpe de kommende regioner, sygehusledere og afdelingsledere til en større viden om forholdet mellem deres udgifter og produktion.

Beregningerne viser, at i perioden fra 2004 til 2005 er produktiviteten på landets sygehuse steget med 1,8 pct. Samlet har der fra 2000 til 2005 været en produktivetsstigning på 7,6. Dette indikerer, at der i 2005 kan produceres 7,6 pct. flere behandlinger end i 2000 for de samme ressourcer.



Arbejdet med udviklingen af systematiske produktivitetsmålninger fortsætter. Der arbejdes bl.a. på udvikling af produktivitetsopgørelser på afdelingsniveau, som forventes at ligge klar i efteråret 2007.

Produktivitet på danske sygehuse (indeks 100 i 2000)



Kilde: Evaluering af takststyring på sygehusområdet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2005. Løbende offentliggørelse af produktivitet – anden delrapport, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2006.

BEDRE FOREBYGGELSE

Forebyggelse og sundhedsfremme skal prioriteres højt. Derfor har regeringen sat fokus på bedre forebyggelse og sundhedsfremme gennem en lang række initiativer.

Med kommunalreformen er der skabt nye rammer for forebyggelse og sundhedsfremme. Nu har kommunerne hovedansvaret, så den borgerrettede forebyggelsesindsats kommer helt tæt på den enkelte borger i skoler, dagtilbud mv. Den patientrettede forebyggelse er fortsat delt mellem regioner og kommuner.

Sund hele livet

Regeringen fremlagde i 2002 sit sundhedsprogram "Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10". Programmet indeholder mål for otte risikofaktorer og otte folkesygdomme. De tre hovedmål i "Sund hele livet" er:

- At øge middellevetiden markant
- At øge antallet af år med god livskvalitet
- At reducere den sociale ulighed i sundhed

Alle mål i programmet er fulgt op af konkrete initiativer. Opfølgningen er sket i form af udviklingsprojekter, uddannelse og undervisning, kampagner, evaluering, metodeudvikling m.v.

Gennemsnitlig middellevetid (år fra fødsel)



Kilde: Danmarks Statistik

Indsatsområder i "Sund hele livet"

Risikofaktorer:

- Tobak
- Alkohol
- Kost
- Fysisk aktivitet
- Svær overvægt
- Ulykker
- Arbejds miljø
- Miljøfaktorer

Folkesygdomme:

- Aldersdiabetes
- Forebyggelige kræftsygdomme
- Hjerter-karsygdom
- Knogleskørhed (osteoporose)
- Muskel- og skeletlidelser
- Overfølsomhedssygdomme (astma og allergiske sygdomme)
- Psykiske lidelser
- Rygerlunger (Kronisk obstruktiv lungesygdom: KOL)

Der er samtidig iværksat en lang række initiativer, der direkte retter sig mod danskere, der gennem deres livsstil er udsat for flere risikofaktorer. Disse initiativer er eksempelvis en fælles nordisk handlingsplan for bedre sundhed og livskvalitet gennem kost og fysisk aktivitet, "Sundhedstegnet", "Sundhedsfremme på arbejdspladsen" og "Børn, mad og bevægelse".

Eksempler på initiativer i "Sund hele livet"

- Indsats mod svær overvægt
- Aldersgrænser for køb af tobak og alkohol
- Lov om røgfri miljøer
- 3-årig strategi for motion: I 2006 "Børn og unge i bevægelse"
- GetMoving kampagnen for øget motion
- "Alt-om-kost"
- "Seks om dagen" – frugt og grønt
- "Sundhedstegnet" i skoler, institutioner og idrættslivet
- Gang i Danmark
- KRAM-undersøgelsen

Rygning

Rygning er den største enkeltfaktor for tidlig død. Derfor har regeringen sat følgende mål på rygeområdet:

- at forebygge rygestart blandt unge
- at udbrede rygestoptilbud
- at udbrede røgfri miljøer

Regeringen har styrket udbredelsen af tilbud om rygestop. Der er udviklet metoder til rygestop, spredt viden om effektive metoder, uddannet rygestopinstruktør m.v. Dette arbejde er blevet videreført i forhold til de nye kommuner. Regeringen har givet over 25 mio. kr. i tilskud til en række rygestopinitiativer, herunder aktuelt 10 mio. kr. til kommunale rygestop- og tobaksforebyggelsesprojekter.

Med hensyn til røgfri miljøer vedtog Folketinget i maj 2007 lov om røgfri miljøer, jf. lov nr. 512 af 6. juni 2007. Loven bygger på en aftale af 21. november 2006 mellem regeringen (Venstre og Det konservative Folkeparti), Socialdemokraterne, Dansk Folkeparti, SF og Enhedslisten om den fremtidige indsats for røgfri miljøer.

Formålet med loven er at udbrede røgfri miljøer med henblik på at forebygge sundhedsskadelige effekter af passiv rygning samt at forebygge, at nogen ufrivilligt kan udsættes for passiv rygning.

Fakta om rygning

- Tobaksrygning koster hvert år 14.000 danskere livet
- Passiv rygning koster hvert år 2.000 danskere livet – langt de fleste af disse er rygere. Ikke-rygere udgør skønsmæssigt ca. 400.
- Livstidsrygere lever i gennemsnit 5-10 år kortere end aldrig-rygere. Smårygere 5 år kortere og storrygere 8-10 år kortere.
- Livstidsrygere har også flere år med sygdom end ikke-rygere. En 25-årig mandlig aldrig-ryger vil være påvirket af langvarig belastende sygdom i 11,6 år – svarende til 22 pct. af restlevetiden – hvor storrygeren må imødesee 13,4 år, hvilket svarer til 30 pct. af restlevetiden. For kvinder er forskellen mindre.
- Beregninger viser, at en mandlig ryger koster samfundet ca. 150.000 kr. i direkte udgifter og over 350.000 kr. i indirekte udgifter, fra han er 35 til 89 år. En tilsvarende ikke-ryger koster henholdsvis 75-100.000 kr. i direkte udgifter og ca. 200.000 kr. i indirekte udgifter.

Procentvis andel dagligrygere i befolkningen



Kilde: Sundhedsstyrelsen

Loven finder anvendelse på alle offentlige og private arbejdspladser, på institutioner for børn og unge, på uddannelsesinstitutioner, i indendørs lokaliteter, hvortil offentligheden har adgang, herunder i kollektive transportmidler (det offentlige rum), og på serveringssteder. Hovedreglen er, at rygning ikke vil være tilladt indendørs disse steder.

Den enkelte arbejdsplads, kommunalbestyrelse m.v. forudsættes at tage stilling til den lokale udmøntning af loven, herunder indførelse af mere restriktive regler eller anvendelse af lovens undtagelsesmuligheder.

Loven indeholder en række undtagelser. Generelt er der adgang til at indrette rygekabiner og rygerum på arbejdspladser, uddannelsesinstitutioner, i det offentlige rum, på serveringssteder m.v. Hertil kommer undtagelser for blandt andet arbejdslokaler der alene tjener som arbejdsplads for én person, små værts-huse med alkoholbevilling og et serveringsareal under 40 m², væresteder for socialt udsatte, bolig eller værelser for beboere på plejehjem og lignende.

KRAM

I 2007 sættes der ekstra fokus på danskernes livsstil. Sammen med rygning er fysisk aktivitet den væsentligste faktor for danskernes sundhed.

Regeringen har taget initiativ til KRAM-undersøgelsen (Kost, Rygning, Alkohol og Motion). KRAM-undersøgelsen er en befolkningsundersøgelse af danskernes sundhed med speciel vægt på fysisk aktivitet og kondition. Undersøgelsen kommer til at omfatte dels en klinisk/fysiologisk undersøgelse (f.eks. vægt/højde, konditionstest, blodtryk, blodprøver), dels en spørgeskemaundersøgelse.

"Gang i Danmark 2007"

"Gang i Danmark 2007" er overskriften på regeringens initiativ for at øge danskernes fysiske aktivitet og udbrede viden om de positive effekter. "Gang i Danmark" skal samtidig inspirere kommuner, organisationer og arbejdspladser til at være med til at få fysisk aktivitet sat på dagsordenen i hverdagen.

Loven om røgfri miljøer finder anvendelse

- På offentlige og private arbejdspladser
- På institutioner for børn og unge
- På uddannelsesinstitutioner
- I indendørs lokaliteter, hvortil offentligheden har adgang (det offentlige rum)
- I kollektive transportmidler
- På serveringssteder

KRAM-undersøgelsens formål

- At kortlægge danskernes sundhed vedrørende kost, rygning, alkohol og motion med særlig vægt på fysisk aktivitet og kondition
- At give et solidt overblik over sundhedstilstanden i kommunerne
- At give den enkelte kommune mulighed for at sammenligne egen indsats vedrørende den kommunale sundhedstilstand med andre kommuner i projektet
- At iværksætte lokale aktiviteter vedrørende fysisk aktivitet
- At medvirke til at sikre kommunerne erfaring og dokumentation vedrørende fysisk aktivitet ved at understøtte igangsættelsen af konkrete projekter
- At styrke det videnskabelige grundlag for det fremtidige arbejde med sundhedsfremme og forebyggelse

Vision for "Gang i Danmark 2007"

- At gøre befolkningen mere fysisk aktiv
- At udbrede viden om de positive effekter af motion og fysisk aktivitet
- At understøtte kommunernes arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme
- At støtte og inspirere organisationer og arbejdspladser mv. til at fremme fysisk aktivitet

OVERBLIK

ÅR	INITIATIVER	
2007 (foreløbigt)	Kvalitetsreformen	Regeringens strategi for en kvalitetsreform, der har til formål at højne kvaliteten i den offentlige sektor herunder sundhedssektoren.
	Lov om røgfrie miljøer	Lov om røgfrie miljøer trådte i kraft medio august. Formålet med loven er at udbrede røgfrie miljøer med henblik på at forebygge de sundhedsskadelige effekter af passiv rygning og forebygge, at nogen ufrivilligt udsættes for passiv rygning på arbejdspladser og i det offentlige rum.
	Særskilt pulje til strålebehandling på kræftområdet	I 2007 blev der afsat en særskilt meraktivitetspulje til strålebehandling på kræftområdet på ca. 100 mio. kr. I overensstemmelse med økonomiaftalen mellem regeringen og regionerne videreføres den særskilte pulje i 2008. Formålet er at nedbringe ventetiderne på kræftområdet.
	Kommunalreform og sundhedsreform	Ny organisering af sundhedsvæsenet skaber grundlaget for, at sundhedsvæsenet kan imødekomme fremtidens udfordringer i stærke regioner og kommuner. Sygehusvæsenet ligger i fem regioner, og forebyggelsen kommer tættere på borgerne i kommunerne.
	Bedre sygehusspecialisering	Sygehusspecialisering forbedres yderligere, og de centrale myndigheder har fået større beføjelser til at udstikke retningslinjer for specialiseringen på de danske sygehuse. Der gøres øget brug af aktivitetsafhængig finansiering af sundhedsvæsenet til gavn for effektiviteten i sundhedsvæsenet.
	Hurtigere adgang til udvidet frit valg	Fra oktober 2007, bliver der adgang til det udvidede frie valg allerede efter en måneds ventetid. Dvs. at man får mulighed for at vælge behandling på et privathospital eller et sygehus i udlandet, hvis man har ventet over én måned i det offentlige system.
	KRAM	KRAM-undersøgelsen skal kortlægge danskernes sundhed og livsstil i samarbejde med TrygFonden. Undersøgelsen vil give et billede af danskernes vaner omkring kost, rygning, alkohol og motion med særlig vægt på fysisk aktivitet og kondition.
	Gang i Danmark	Gang i Danmark sætter fokus på motion og fysisk aktivitet i Danmark. Formålet med Gang i Danmark er at give befolkningen lyst til at bevæge sig mere og udbrede viden om de gavnlige virkninger, som fysisk aktivitet har på sundheden. Gang i Danmark skal samtidig sætte fysisk aktivitet på dagsordenen i kommunerne og inspirere kommuner, frivillige organisationer, patientforeninger til at indgå partnerskaber om konkrete initia-

		tiver om fysisk aktivitet.
2006	Kvalitetsindikatorer for sygehuse	Hjemmesiden www.sundhedskvalitet.dk offentliggør kvalitetsindikatorer for sygehusene og tildeler sygehusene karakterer
	Psykiatriaftale for 2007-2010	Der er i perioden afsat 680 mio.kr. til fastholdelse, videre udvikling og udbygning af mere nuancerede og målrettede tilbud i psykiatrien.
	Produktivitet	Offentliggørelse af første delrapport om produktivitet i sygehussektoren
	Iværksættelse af Kræftplan II	Indsatsen mod kræft styrkes gennem initiativer for over 1 mia. kr. i 2006. Initiativerne spænder fra forebyggelse, over hele behandlingsforløbet til den opfølgende indsats.
	Aftale om handlingsplan på medicinområdet	Aftalen sigter på at skabe større klarhed og gennemsigtighed på medicinområdet samt at videreudvikle liberaliseringsinitiativer
	Aftale om EPJ	Aftale mellem regeringen og Danske Regioner om arbejdet med den elektroniske patientjournal.
	Pulje til behandling af spiseforstyrrelser	Pulje afsat til medfinansiering af behandling af spiseforstyrrede på private behandlingssteder.
	Psykiatriaftale	Indsatsen over for personer med psykiske lidelser styrkes med en ny psykiatriaftale for 2007-2010.
	Slidgigtpulje	Pulje til forskning i behandling og forebyggelse af slidgigt.
	Hurtigere speciallægeuddannelse	Speciallægeuddannelsen er normeret til 6-7½ år, men den typiske læge" er ca. 12 år om at gennemføre uddannelsen. Regeringen forbereder derfor en række tiltag, der kan reducere det nuværende gab, der er mellem den normerede og den faktiske uddannelsestid.
	Revision af psykiatriloven	Lovændringen styrker patienternes retsstilling og retssikkerhed, når det er nødvendigt at anvende tvang i psykiatrien. Desuden medvirker den til at reducere anvendelsen af tvang.
	Nye regler om kunstig befrugtning	Revision af loven om kunstig befrugtning om blandt andet behandlingstilbud i det offentlige sygehusvæsen, vurdering af forældreegnet, forlængelse af opbevaringstiden for nedfrosne æg m.v.
	Patientklager	Offentliggørelse af patientklager i særligt alvorlige tilfælde.
2005	Forsøg med sundhedscentre	Pulje bevilget til forsøg med sundhedscentre i kommunerne til gavn for især kroniske patienter.
	Produktivitet	Offentliggørelse af første delrapport om produktiviteten i sygehussektoren
	Produktivitet på kræftområdet	Pulje til produktivitetsfremmende omlægninger i kræftbehandlingen.
	Hospicepuljen	Midler afsat i 2005 og 2006 til etablering og drift af hospices.
	Pandemiberedskab	Yderligere indkøb af antivirale midler og køb af vaccinegaranti som led i styrkelse af beredskabet i tilfælde af en verdensomspændende influenzapandemi. Sundhedsstyrelsen har offentliggjort beredskabsplan for pandemisk influenza 2006.
	Hepatitis B beskyttelse for	Der er sket en udvidelse af tilbuddet om gratis vaccination

	udsatte grupper	mod hepatitis B til flere persongrupper, der i særlig grad er udsat for smitte.
	Gratis influenzavaccination	I 2005 tog 55 pct. af alle personer over 65 år imod det gratis tilbud om influenzavaccination.
	Information om frit valg	Større krav til information til patienterne om valgfrihed i sygehusvæsenet.
	Samlet Etisk Råd	Samlet Etisk Råd inden for det gén- og bioteknologiske område.
	Skærpede rygeregler	Obligatorisk skiltning med rygepolitik på restauranter, værtshuse m.v.
	Møder om rygning	Offentlige debatmøder om rygepolitik i hele 2005.
	Behandlingsgaranti for alkoholmisbrug	Behandlingsgaranti for alkoholbehandling inden for 14 dage.
	Overvægt	Særlig indsats for overvægtige børn og unge i udsatte grupper.
	Seksuelle overgreb	Tilskud til psykologbehandling for voksne, der i barndommen har været ofre for seksuelle overgreb.
	Medicinstudiet	Øget optag på medicinstudiet.
	Medicinaftale	Aftale om bedre ressourceanvendelse på medicinområdet og nyt tilskudssystem.
	Donorer	Adgang til donorregistrering via nettet.
	Den Danske Kvalitetsmodel	Formålet med Den Danske Kvalitetsmodel er at udvikle kvaliteten i sundhedsvæsenet med fokus på patientforløb. I kvalitetsmodellen udvikles et sæt af fælles standarder for hele det danske sundhedsvæsen. Sygehusene og det øvrige sundhedsvæsen skal måles på baggrund af standarderne, og resultaterne lægges åbent frem. Dermed vil kvalitetsmodellen både være et vigtigt værktøj i udviklingen af sundhedsvæsenet og understøtte patienternes frie valg.
2004	Aktivitetforøgelse i børne- og ungdomspsykiatrien, herunder spiseforstyrrelsesområdet	Der er tilført 200 mio. kr. til udbygning af kapaciteten i børne- og ungdomspsykiatrien med det formål at nedbringe ventetider til undersøgelse og behandling. Samtidig er behandlingsindsatsen over for patienter med spiseforstyrrelser styrket med et løft på 30 mio. kr. årligt.
	Større valgfrihed i børnetandplejen	Valg over kommunegrænsen og tilskud til ydelser hos private tandlæger i børne- og ungdomstandplejen.
	Udvidet patientforsikring	Udvidet patientforsikring til praktiserende sundhedspersoner.
	Fejlindberetning	Krav om indberetning af fejl og utilsigtede hændelser.
	Alternativ behandling	Registrering af alternative behandlere gennem brancheforeninger.
	Bio-banker	Lovgivning giver klare regler om anvendelse og opbevaring af biologisk materiale.
2003	Udvidet adgang til behandling i udlandet	Når behandling ikke længere kan ydes i Danmark, kan patienten søge om adgang til specialiseret behandling i udlandet.
	Psykiatriaftaler 2003-2007	1 mia. kr. har i årene 2003-2006 resulteret i bedre fysiske rammer, bedre og flere behandlingstilbud m.v. til de psykiatiske patienter.
	Forenklet adgang til højt	Mulighed for direkte visitation til sygehusafdelinger med lands-

	specialiseret sygehusbehandling	og landsdelsspecialisering.
	Udvidet lægevalg	Valg af praktiserende læge gjort mere fleksibelt og udvidet til 15 km.
	Patientkontorer	Indførelsen af amtskommunale patientkontorer.
	Bedre sundhed for børn og unge	Initiativer som "Sundhedstegnet" og fælles aldersgrænse på 16 år for køb af alkohol og tobak.
	Kampen mod narko	Handlingsplan med initiativer inden for forebyggelse, lægelig og social behandling, retshåndhævelse, behandling af kriminelle stofmisbrugere samt internationalt samarbejde.
	Udvidet frit valg	Adgang til at vælge privat eller udenlandsk sygehus, hvis ventetiden i det offentlige er for lang, har betydet mere valgfrihed og bedre service til borgerne.
2002	Den aktivitetsafhængige pulje	Belønning af en ekstra indsats gennem en årlig pulje har betydet mere aktivitet og kortere ventetider.
	Fleksibilitet i tilrettelæggelsen af forebyggende sundhedsordninger for børn og unge	Kommunerne kan beslutte, om opgaverne i de forebyggende sundhedsordninger skal udføres af egne ansatte eller efter aftale med private leverandører
	Takststyring og produktivitetsmåliger	Betaling efter faste takster bidrager til mere gennemsigtighed, effektivisering af sundhedsvæsenet samt mulighed for produktivitetsopgørelser og dermed mere sundhed for pengene.
	Afskaffelse af beskatning	Afskaffelse af beskatning på arbejdsgiverbetalte behandlinger
	Frit valg i hjemmesygepleje	Mulighed for at kommunerne kan anvende private leverandører i hjemmesygeplejen
	Kommunalt betalt sygehusbehandling	Mulighed for kommunalt betalt sygdomsbehandling på private sygehuse, hvis sociale hensyn taler herfor.
	"Sund hele livet"	Samlet forebyggelsesstrategi

