



HØRINGSUDKAST

Nærhospitaler



Faglig ramme for etablering af nærhospitaler

Nærhospitaler

Faglig ramme for etablering af nærhospitaler

© Sundhedsstyrelsen, 2022.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: [xx]
Den trykte versions ISBN: [xx]
ISSN: [xx]

Sprog: Dansk
Version: [xx]
Versionsdato: [x.xx.xxxx]
Format: pdf
Foto: [Tekst] – og;

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
[Måned og år]

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	4
1.1. Baggrund	4
1.2. Lov- og aftalemæssig forankring	6
1.3. Læsevejledning	9
2. Resumé og sammenfatning af anbefalinger	10
3. Udfordringer og omstilling af sundhedsvæsenet	11
3.1. Status og udfordringer	11
3.2. Omstilling af sundhedsvæsenet og nærhospitalernes rolle heri	15
4. Principper for nærhospitaler	17
4.1. Sundhedstilbud i nærhospitalerne	18
4.2. Kvalitet i nærhospitalernes sundhedstilbud	20
4.3. Geografisk og fysisk placering af nærhospitaler	21
5. Forudsætninger for sammenhængende forløb i nærhospitaler	22
5.1. Tiltag til at understøtte samarbejde	23
6. Målgrupper, funktioner og indsatser	26
6.1. Funktioner og indsatser i nærhospitaler	26
6.2. Tværgående sygehusfunktioner og udstyr	28
6.3. Udvælgelse af patientforløb til nærhospitalerne	28
6.4. Udvalgte sygehusfunktioner og kommunale indsatser	30
7. Kompetencer	36
7.1. Fleksibel og ændret brug af kompetencer	36
7.2. Kvalitet, samarbejde og organisering	36
7.3. Principper for kompetencer på nærhospitaler	37
7.4. Kompetencer i nærhospitaler	38
8. Digital understøttelse	42
8.1. Apparatur og udstyr på nærhospitalerne	42
8.2. Behandling i eget hjem gennem digitale løsninger	43
8.3. Sammenhæng på nærhospitalerne gennem øget datadeling	44
8.4. Rammevilkår og incitamenter	45
9. Opfølgning og evaluering	46
Bilagsfortegnelse	48

1. Indledning

1.1. Baggrund

Det primære sundhedsvæsen står over for en stor omstilling de kommende år, hvor flere opgaver skal kunne løftes af bl.a. kommuner og almen praksis. Der vil være fokus på en styrkelse af kvaliteten i indsatserne, sammenhæng i den enkeltes forløb og mindre ulighed i sundhed. Omstillingen til et endnu stærkere primært sundhedsvæsen kræver flere forskelligartede løsninger.

Etablering af nærhospitaler skal ses som en af disse løsninger, hvor nærhospitalerne skal anvendes og bidrage til en omlægning af patientforløb. Denne faglige ramme til etablering af nærhospitaler er ét blandt flere bidrag til et betydeligt udviklingsarbejde, som det primære sundhedsvæsen står overfor.

Sundhedsstyrelsen definerer et nærhospital som *'en institution, der både leverer ambulante sygehusfunktioner under lægeligt ansvar og udvalgte kommunale sundhedsindsatser og evt. indsatser på praksisområdet'*.

Baggrunden for initiativet er, at der med udgangspunkt i udspillet 'Sundhedsreformen - Gør Danmark Sundere' blev indgået en politisk aftale om etablering af op til 25 nærhospitaler og dertil er udmøntningen af Sundhedsreformen aftalt mellem regeringen, Danske Regioner og KL. Af aftalen fremgår det, at nye og moderne nærhospitaler skal bringe sundhedsvæsenet tættere på borgerne i områder, hvor der er langt til det nærmeste akutsygehus. Nærhospitaler skal bidrage til, at flere borgere oplever et sammenhængende sundhedstilbud, fordi flere aktører under samme tag kan understøtte stærkere samarbejde, koordinering og vidensdeling om borgernes forløb, tilgængelighed for borgerne og sparring på tværs af sektorer og faggrænser.

Etablering af nærhospitaler er en ny struktur i det samlede sundhedsvæsen, der skal skabe mulighed for og bidrage til at skabe mere synergi og sammenhæng mellem forskellige indsatser, øge nærhed i det sundhedsfaglige tilbud for patienten, samtidig med at kvaliteten fastholdes. Dette kan kun ske gennem en nytænkning af opgaveløsningen og fordrer en innovativ tilgang med et nyt blik på patientforløb. Patienter¹ med både fysiske og psykiske sygdomme vil således få mindre geografisk afstand til sygehusydelse - udgående fra akutsygehuse - i de områder af landet, hvor nærhospitalerne placeres. Ud over nærhed i form af reduceret geografisk afstand, skabes der desuden nærhed gennem virtuelle løsninger og udgående funktioner, afhængigt af og efter vurdering af patienternes behov og hensynet til personaleressourcer. Der bør generelt arbejdes med nærhed i sundhedsvæsenet også uden for rammen for nærhospitaler.

¹ I den faglige ramme for nærhospitaler anvendes betegnelsen 'patient' for personer, der modtager indsatser i nærhospitalet

Som det fremgår af aftalen om sundhedsreformen forventes nærhospitalet etableret på baggrund af kommuner og regioners ansøgninger til en nærhospitalspulje med en samlet ramme på op til 4 mia. kr., fordelt over hele landet i de kommende år. Midlerne kan gå til både ombygning og nybyggeri samt investeringer i IT, teknologi og udstyr til undersøgelse, behandling og samt gode og trygge rammer for patienter med både fysiske og psykiske sygdomme, herunder tryghedsskabende indretning. Desuden er der afsat en særskilt delramme på 500 mio. kr. til IT, teknologi og udstyr til hjemmebehandling og sammenhæng mellem sektorer i tilknytning til nærhospitalernes opgaveløsning og andre dele af den samlede struktur for nære og sammenhængende tilbud². I kapitel 8 beskrives forudsætninger for digital understøttelse i forbindelse med etablering af nærhospitalet.

I denne publikation beskrives den *Faglig ramme for etablering af nærhospitalet*, som både har til formål at beskrive den organisatoriske og sundhedsfaglige ramme for nærhospitalet og derudover skal understøtte udmøntningen af puljen. Den faglige ramme skal ses som en uddybning og kvalificering af Sundhedsstyrelsens skitse til fagligt oplæg for nærhospitalet fra foråret 2021 [link indsættes].

Denne rapport indeholder anbefalinger til hvilke sygehusfunktioner, der *bør* være tilstede i alle nærhospitalet og herudover eksempler på sygehusfunktioner der *kan* være tilstede på matriklen afhængigt af lokale ønsker og forhold. På baggrund af de anbefalede sygehusfunktioner, som *bør* være tilstede, anbefales endvidere hvilke kommunale indsatser og praksisfunktioner, som *kan* være tilstede på matriklen ud fra en vurdering af hvilke indsatser, som giver værdi til det samlede patientforløb i form af sammenhæng mellem indsatserne. I det omfang det har været muligt indgår endvidere en uddybning af de tilhørende faglige kompetencer og udstyr (apparaturer, IT-løsninger mv.), som benyttes bredt for at kunne varetage de funktioner, som *bør* være tilstede.

Der er ikke afsat midler til drift af nærhospitalet, hvilket derfor skal ske inden for de eksisterende økonomiske rammer. Det har således været en forudsætning for arbejdet med anbefalinger til faglige ramme for nærhospitalet, at indsatserne ikke skal være udgiftsdrivende, og Sundhedsstyrelsen finder, at dette udelukkende kan ske, hvis patientforløb og sundhedsindsatser nytænkes. Dette forudsætter, at ressourcerne anvendes på nye måder. Derfor kan sundhedsindsatserne fra sygehusene ikke blot flyttes decentralt, men det er nødvendigt at organiseringen af sundhedsindsatser i nærhospitalet sker på nye måder i samskabelse mellem det primære sundhedsvæsen og akutsygehuset, hvor ressourcer og kompetencer anvendes bedst muligt, ligesom tilrettelæggelsen og involveringen af forskellige sundhedsfaglige ressourcer og kompetencer i varetagelsen af de enkelte patientgruppers forløb på tværs af sektorer og i de enkelte sektorer skal gentænkes.

I lyset af den begrænsede tid, der har været til rådighed til at udarbejde *Faglig ramme for nærhospitalet*, indeholder anbefalingerne ikke detaljerede beskrivelser af konkrete patientforløb i nærhospitalet. Sådanne beskrivelser ligger uden for den faglige ramme,

² Sundhedsreformen, maj 2022, aftaletekst

men det er væsentligt, at disse udarbejdes på sigt. Konkrete beskrivelser og anbefalinger til patientforløb i nærhospitaler, herunder krav til kvaliteten i indsatserne, krav til kompetencer og til samarbejdet bør derfor efterfølgende supplere den faglige ramme med henblik på at sikre sammenhængende tilbud af ensartet høj kvalitet.

Etablering af nærhospitaler er således en nyskabende struktur, der er på et udviklingsstadium. Det er forventningen, at der opnås erfaringer med nærhospitaler i de kommende år og at disse kan bidrage til en konsolidering af strukturen, indhold og forankring. Det må forventes, at indhold og implementering af nærhospitaler vil blive forskelligartet i den første fase, og det er derfor vigtigt, at der over de kommende år sikres erfaringsudveksling og vidensdeling med henblik på kvalitetsudvikling. Idet der ikke er udarbejdet nationale forløbsbeskrivelser for nærhospitaler, kan regionerne overveje at udarbejde regionale forløbsbeskrivelser, som derpå vil kunne danne baggrund for nationale beskrivelser på sigt. Sundhedsstyrelsen henviser desuden til gældende nationale anbefalinger og retningslinjer, fx sygdomsspecifikke, hvor disse er udarbejdet.

Sundhedsstyrelsen har indhentet rådgivning fra en følgegruppe til udarbejdelsen af den faglige ramme for nærhospitaler. Følgegruppens kommissorium og medlemmer fremgår af bilag 1 og 2.

I den faglige ramme indgår en række begreber. Disse fremgår af bilag 3.

1.2. Lov- og aftalemæssig forankring

Regioner og kommuner er forpligtet til at indgå sundhedsaftaler, der i dag danner den strukturelle ramme for tværsektorielt samarbejde³. Etableringen af nærhospitaler bør drøftes i sundhedsklyngerne⁴ og på sigt kan sundhedsaftalen bruges som ramme for den videre samarbejde herom.

1.2.1. Sygehusfunktioner: Definitioner og afgrænsning af disse funktioner i forhold til sundhedsloven

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 kommer her med anbefalinger til indsatser på hovedfunktionsniveau. Regionsrådene har til opgave at udarbejde en sundhedsplan, som er en samlet plan for tilrettelæggelsen af regionens virksomhed på sundhedsområdet.

³ Fastlagt i sundhedslovens §§ 203-205 samt i Bekendtgørelse nr. 679 af 30. maj 2018 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

⁴ Lovforslag nr. L 191, Folketinget 2021-22, Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven (Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.) (ft.dk)

Sundhedsplanerne er en plan for hvert af de fem regioners samlede tilbud, visioner og planer på sundhedsområdet. En regions sundhedsplan kan således være en samlet plan for hele sundhedsområdet og er typisk opdelt i mindre områder, eksempelvis sygehusplaner, planer for organisering af fødselstilbud, psykiatriplaner og praksisplaner.

Sundhedsplanerne dækker typisk en valgperiode. Ifølge sundhedsloven skal regionerne indhente rådgivning fra Sundhedsstyrelsen til sundhedsplanerne, før de vedtages i regionsrådene.

Praksisplaner er en del af regionens samlede sundhedsplan. Der udarbejdes praksisplaner for alle praksisaktører, herunder almen praksis, speciallægehjælp, psykologhjælp, fysioterapi, kiropraktik og fodterapi.

Praksisplanen sætter rammer og mål for tilrettelæggelsen af kapacitet, kvalitetsudvikling og samarbejde på det pågældende praksisområde.

Praksisplanen for almen praksis er særskilt nævnt i sundhedsloven, hvor der er krav om, at praksisplanen for almen praksis skal sendes til Sundhedsstyrelsen, der har til opgave at rådgive regionen vedrørende praksisplanens udformning, inden den vedtages.

Nærhospitaler karakteriseres ved at indeholde sygehusfunktioner, kommunale indsatser samt evt. praksisaktører og andre aktører med tilbud til sundhedsvæsenets brugere. Sygehusfunktionerne, der varetages på nærhospitalet, bør således fremgå af den enkelte regions sundhedsplan, herunder evt. sygehusplan, og regionen skal indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning i den forbindelse.

Sygehusfunktioner i et nærhospital forventes at være på hovedfunktionsniveau i tæt samarbejde med akutsygehuset etableret som en decentral ambulant funktion.

Hovedfunktionsniveau er defineret i Sundhedsstyrelsens "Specialeplanlægning: Begreber-principper-krav"⁵. Dertil er der i specialevejledningerne en beskrivelse af hovedfunktionsniveauet inden for de enkelte specialer.

På hovedfunktionsniveauet varetages opgaver af begrænset kompleksitet, hvor såvel sygdomme som sundhedsvæsenets ydelser er hyppigt forekommende, og hvor ressourcetilbruget ikke giver anledning til en samling af ydelserne på specialfunktionsniveau. Specialfunktioner tildeles matrikelspecifikt til sygehuse og skal derfor godkendes af Sundhedsstyrelsen, hvis de skal varetages på et nærhospital.

Visse af nærhospitalets sygehusfunktioner vil blive varetaget som decentrale ambulante funktioner fra akutsygehuset eller som udgående funktioner. Udefunktion er i "Specialeplanlægning: Begreber-principper-krav" defineret i forhold til specialfunktioner, som Sundhedsstyrelsen ifølge sundhedsloven kan stille krav til, herunder til matrikelspecifik placering.

⁵ Se <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2015/Specialeplanl%C3%A6gning-begreber-principper-og-krav.ashx>

Ved en udefunktion forstås, at et behandlerteam fra den matrikel, der varetager en specialfunktion, i begrænset omfang varetager funktionen på en anden matrikel. Det kan fx være en ambulatoriefunktion, hvor behandlerteamet fra den matrikel, der er godkendt til varetagelse af specialfunktioner, også varetager funktionen på en anden matrikel. Sådanne udefunktioner vil kunne varetages i nærhospitalet, men det skal godkendes af Sundhedsstyrelsen.

1.2.2. Kommunale indsatser i forhold til sundhedslov og afgrænsning

I denne faglige ramme er der overvejende taget udgangspunkt i sundhedsloven og de dertil hørende sundhedsfaglige indsatser. Forventeligt vil disse særligt være forebyggelsestilbud, genoptræning og sygepleje. I tilknytning hertil varetages der i kommunen også tilgrænsende indsatser efter andre lovgivninger. Sammenhæng i indsatser mellem sundhedsområdet og andre områder, tager kommunerne hensyn til i deres planlægning.

I denne faglige ramme for nærhospitalet beskrives indsatser efter anden lovgivning imidlertid kun, såfremt der samtidig er et behov for sundhedsfaglig viden og kompetencer i forhold til denne indsats.

1.2.3. Samdrift af nærhospitalet: barrierer og muligheder i sundhedsloven

I den nuværende lovgivning er der en række barrierer og muligheder for samdrift af nærhospitalet mellem regioner og kommuner, herunder for fælles finansiering og fælles ledelse. Med henblik på at kunne understøtte fuld udnyttelse af tværsektorielle samarbejder i nærhospitalet beskrives disse juridiske barrierer og muligheder i den relevante lovgivning nedenfor.

Sundhedsvæsenet er organiseret sådan, at offentlige myndigheder, herunder regioner og kommuner, skal have hjemmel i lovgivningen for at varetage en opgave, og opgavevaretagelsen må ikke stride mod lovgivningen. Regionerne har ansvaret for at udføre nogle opgaver og kommunerne har ansvaret for andre opgaver, hvilket er henlagt i lovgivningen.

Kommuner og regioner kan ikke som udgangspunkt overtage ansvaret for at løse opgaver i sundhedsvæsenet fra hinanden. Men for at bidrage til at skabe en bedre sammenhæng om de fælles patienter er det et krav, at regioner og kommunerne i regionen udarbejder sundhedsaftaler om de patienter, der har behov for sundhedsydelser fra både kommunen og regionen. Sundhedsaftalerne skal være med til at understøtte sammenhæng på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis i forhold til den behandling og indsats patienten har behov for.

Sundhedspersoner fra region og kommune kan imidlertid samarbejde om og overlade opgaver vedrørende faktisk forvaltningsvirksomhed til andre, forudsat der er en aftale herom og at kompetencerne er tilstede. Det betyder fx, at regionale og kommunale

sundhedspersoner kan samarbejde om eller overlade opgaver til hinanden bl.a. i forskellige samdriftsløsninger. Men det indebærer ikke, at der kan skabes en enhed med fælles ledelse og økonomi.

Der eksisterer inden for den gældende lovgivning en række muligheder for, at regioner og kommuner kan samarbejde om organisering af opgavevaretagelsen på tværs af sektorer:

- Sundhedslovens § 78, stk. 3 om regionsrådenes mulighed for at samarbejde med andre offentlige myndigheder og private virksomheder om løsning af bestemte opgaver
- Sundhedslovens § 233 om adgang til at godkende forsøg der fremmer omstillingen i sundhedsvæsenet
- Sundhedslovens § 239, stk. 1, om regionernes adgang til at medfinansiere tilbud i kommunalt regi som alternativ til sygehusindlæggelse

Bedre muligheder for fælles løsninger, herunder for fælles finansiering på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet, vil kræve ændringer i sundhedsloven⁶.

1.3. Læsevejledning

Rapporten er opbygget således, at kapitel 2 udgør et kort resumé og en sammenfatning af anbefalingerne i *Den faglige ramme for nærhospitaler*.

Herefter følger kapitel 3 med en gennemgang af status og de største udfordringer i sundhedsvæsenet, herunder behovet for en omstilling og nærhospitalernes rolle heri. Med afsæt i de beskrevne udfordringer beskriver kapitel 4 principperne for nærhospitaler, der ligger til grund for de forudsætninger, der beskrives for sammenhængende forløb og samarbejde i kapitel 5 samt for anbefalinger til målgrupper, funktioner og indsatser, som beskrives i kapitel 6.

I kapitel 7 beskrives de kompetencer, som bør være tilstede i et nærhospital, herunder behovet for fleksibel og ændret brug af kompetencer, og endelig omhandler kapitel 8 digital understøttelse. herunder digitale løsninger og digitalt udstyr som en væsentlig del af den omstilling, som nærhospitaler er en del af.

Afslutningsvis beskrives behovet for opfølgning og evaluering i kapitel 9.

⁶ Afrapportering fra arbejdsgruppe om afdækning af barrierer for sammenhængende patientforløb - Samdrift (fælles finansiering og fælles ledelse)

2. Resumé og sammenfatning af anbefalinger

[Her indsættes resumé af den faglige ramme for etablering af nærhospitaler samt opsummering af anbefalinger]

HØRINGSUDKAST

3. Udfordringer og omstilling af sundhedsvæsenet

3.1. Status og udfordringer

3.1.1. En aldrende befolkning med flere multisyge og en øget social ulighed i sundhed

Som følge af den demografiske udvikling er der en forventning om, at der kommer flere borgere med én eller flere kroniske sygdomme, samtidig med at der er et stigende behov for behandling og pleje med alderen. Sundhedsvæsenet står således over for en betydelig opgave ift. at sikre pleje, forebyggelse og behandling til patienter med kroniske sygdomme på tværs af landet, at mindske den sociale og geografiske ulighed i sundhed og at opretholde kvaliteten i sundhedstilbuddene.

Almen praksis har en nøglerolle i sundhedsvæsenet og er som regel patienternes første kontakt til sundhedsvæsenet, ligesom en stor del af behandlingen også afsluttes her. Almen praksis har funktion af 'gatekeeper' til det mere specialiserede sundhedsvæsen og har ligeledes en vigtig funktion ift. samarbejdet med det kommunale social- og sundhedsvæsen. De opgaver, som almen praksis varetager, forudsætter beliggenhed inden for rimelig afstand til borgerne samt en hensigtsmæssig geografisk fordeling af almen praksis i hele landet. En del patienter oplever, at det kan være svært at få en almen praksis i nærområdet.

Som følge af den forventede stigning i antallet af speciallæger i almen medicin, er der med Sundhedsreformen en politisk ambition om, at kapaciteten i almen praksis skal styrkes og udvides frem mod 2035. Denne ambition skal desuden understøtte almen praksis i at håndtere øget kompleksitet i nogle opgaver og i at overtage andre nye opgaver. Som følge af den demografiske udvikling forventes der fx at komme en stor stigning i antallet af patienter med kroniske sygdomme og multisygdom. Med overenskomstaftalen for almen praksis for 2018-2021 er der allerede givet mulighed for opgaveflytning fra sygehus til almen praksis ift. patienter med henholdsvis type 2-diabetes og KOL. Desuden er en række anbefalinger fra Lægedækningsudvalget⁷ implementeret med fokus på bedre lægedækning, herunder øget udbud af lægestuderende i yderområderne, samarbejde mellem regioner, kommuner og lægernes organisationer om målrettet rekrutterings- og fastholdelsesinitiativer i yderområderne og socialt belastede områder mv.

Foruden speciallæger i almen medicin er der cirka 1.000 privat-praktiserende speciallæger fordelt på en række specialer, blandt andet et stort antal privat-praktiserende øjenlæger, øre-næse-halslæger og gynækologer. Der er potentiale for et stærkere samarbejde

⁷ Lægedækning i hele Danmark – Rapport fra regeringens lægedækningsudvalg, 2017.

med de privat-praktiserende speciallæger og praksissektor i øvrigt ift. vidensdeling og koordinering til almen praksis og kommunerne. Der er store geografiske forskelle på antallet af privat-praktiserende speciallæger, som er størst i og nær de store byer.

I forhold til at opretholde kvaliteten i sundhedstilbuddene er der med Sundhedsreformen aftalt at igangsætte en national kvalitetsplan, som skal understøtte et bedre og mere sammenhængende sundhedsvæsen med krav og anbefalinger til kvaliteten i de kommunale indsatser og i den understøttende indsats, regionerne leverer.

På trods af de strukturelle tiltag for bl.a. at sikre bedre lægedækning og bedre kvalitet i de kommunale indsatser er der fortsat en væsentlig udfordring i forhold til at sikre ensartede og lige adgang til sundhedstilbud på tværs af landet og behovet for at finde løsninger på udfordringen øges som følge af den demografiske udvikling.

Hertil kommer geografisk og social ulighed i sundhed og sammenhængen herimellem. Der er systematisk ulighed i sundhed mellem befolkningsgrupper opdelt efter socioøkonomiske kriterier som uddannelse, erhverv eller indkomst. Samtidig ved vi, at patienter med lavere socioøkonomisk status ikke oplever at modtage lige så meget behandling eller at have samme udfald af behandling som øvrige patienter^{8, 9}.

På den måde kan den sociale ulighed yderligere forstærkes¹⁰, og der er dokumenteret viden om, at bl.a. afstand og udbud af ydelser påvirker brugen af sundhedsydelser¹¹.

Samlet set er der en række strukturelle udfordringer i sundhedsvæsenet¹², som der har været arbejdet med længe og som der ikke er én let løsning på. Udviklingen i sundhedsvæsenet peger blandt andet på, at der er behov for at nytænke tilrettelæggelsen af nogle patientforløb, så de kan varetages tættere på patienternes hjem. Nærhospitaler er én af flere udviklingsmuligheder og løsninger.

3.1.2. Lang afstand til sygehusstilbud og et fragmenteret sundhedsvæsen

Sygehusvæsenet har gennem de seneste 15-20 år gennemgået en markant udvikling med det formål at øge kvaliteten gennem samling og specialisering af sygehusbehandling. Dette har, sammen med en lang række andre tiltag, bidraget til et markant kvalitetsløft, store behandlingsmæssige fremskridt og understøttet en nødvendig faglig udvikling med stor betydning for det rette tilbud og kvalitet. Denne udvikling har været vigtig og nødvendig og bør understøttes og fastholdes i fremtiden. Udviklingen har dog samtidig

⁸ [Social ulighed i sundhed og sygdom \(sst.dk\)](#)

⁹ [Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet \(sst.dk\)](#)

¹⁰ Larsen et al. 2018

¹¹ Indsatser mod ulighed i sundhed, Sundhedsstyrelsen 2020.

¹² De store strukturelle udfordringer er yderligere grundigt gennemgået og beskrevet i flere af Sundhedsstyrelsens nylige publikationer, herunder anbefalingerne på akutområdet, Fagligt oplæg til en 10-årsplan på psykiatriområdet mv.

haft en række afledte konsekvenser, herunder længere afstand for mange patienter til sygehusstilbud og et fragmenteret sundhedsvæsen. Der har i perioden været mindre fokus på kvaliteten af de mere almindelige sygdomme, der varetages på sygehusene (på hovedfunktionsniveau).

Antallet af sygehuse er efter hensigten reduceret og derfor har nogle patienter fået længere til et sygehus, hvilket kan være en udfordring og særligt for udsatte patienter kan lang afstand til sundhedstilbuddene få betydning for deres mulighed for at indgå i hensigtsmæssige behandlingsforløb, idet der vil være større risiko for manglende fremmøde og dermed mindre chance for, at behandlingen følges. Samtidig er patienter i dag indlagt væsentligt kortere tid end tidligere og dette stiller krav til, at det primære sundhedsvæsen er klar til at modtage og varetage et evt. fortsat behandlingsbehov.

Der er igennem en årrække sket en omlægning, hvor sygehusindlæggelserne omlægges til ambulant behandling, idet det har vist sig hensigtsmæssigt for patienterne. Som følge heraf dimensioneres der med færre sengepladser i de nye sygehusbyggerier. Sideløbende med samlingen og specialiseringen af sygehusvæsenet har regionerne arbejdet med at placere en del af sygehusbehandlingen tættere på patientens nærmiljø, fx har nogle akutsygehuse etableret decentrale ambulante tilbud i sundhedshuse, med varetagelse af hele eller dele af udvalgte patientforløb på hovedfunktionsniveau. Dette for at imødekomme, at behandlinger kan varetages i patienternes nærmiljø, når det vurderes fagligt hensigtsmæssigt. Ligeledes kan udvalgte behandlinger med fordel foregå i hjemmet for de patienter, der har behov for sådan behandlinger.

Mange patienter vil have flere sygdomme og derfor behov for behandling i regi af forskellige lægelige specialer. Dette kan betyde mange ambulante sygehusbesøg og samtidig kontakter på tværs af sektorer, herunder også i kommunen og hos almen praksis. Sundhedsvæsenet er således blevet mere fragmenteret og det er en udfordring, at indsatserne ikke er koordineret og sammentænkt. På trods af ovenstående regionale tiltag er det desuden fortsat en strukturel udfordring med lang afstand for nogle patienter til de almindelige sygehusstilbud.

3.1.3. Manglende tværfagligt og –sektorielt samarbejde og anvendelse af kompetencer

Det tværsektorielle samarbejde har udviklet sig betydeligt i en årrække, men der er fortsat udfordringer med at sikre samarbejde på tværs af specialer i sygehuset samt tværsektorielt og tværfagligt, så et sammenhængende patientforløb understøttes. Der er således behov for øget samarbejde på tværs af regioner, kommuner og praksisområdet, ligesom der er behov for mere sammenhæng i patientforløbet på tværs af fysiske og psykiske sygdomme.

Som beskrevet ovenfor er der allerede sket en omstilling af behandling og pleje for nogle udvalgte patientgrupper, så flere indsatser nu foregår uden for sygehusene, fx behandling i almen praksis af patienter med KOL eller diabetes samt fortsat behandling og pleje af patienter i den kommunale sygepleje og hjemmepleje. I det primære sundhedsvæsen

har kommunerne også i stigende grad udvidet og udviklet deres opgavevaretagelse på sundhedsområdet, så de i dag varetager flere og mere komplekse opgaver end tidligere. Kommunerne har de senere år bl.a. arbejdet med etablering af akutfunktioner samt forebyggelses- og rehabiliteringsforløb for patienter med kroniske sygdomme. I takt med den udvidede opgavevaretagelse har kommunerne også fået større behov for at kunne samarbejde tættere med sygehuse og almen praksis.

Der afprøves modeller for udgående funktioner fra sygehusene til patienter i hjemmet, ligesom telemedicinske og virtuelle løsninger løbende tages i brug. Nogle af disse modeller afprøves af regioner, nogle af kommuner og nogle i fællesskab. For at understøtte en omstilling til det primære sundhedsvæsen er der fortsat behov for, at sygehusene i højere grad vender sig udad mod resten af sundhedsvæsenet og arbejder med modeller for sygehusbehandling tættere på patientens nærmiljø i samarbejde med kommunerne og almen praksis. Desuden er der behov for, at sygehusvæsenet forpligter sig til at understøtte behandlingen i det primære sundhedsvæsen med specialiseret lægefaglig rådgivning og tager behandlingsansvar når relevant, fx efter udskrivelse fra sygehuset.

Samtidig sker der en løbende omlægning til flere digitale arbejdsgange i flere igangværende og kommende samarbejder på tværs af kommuner, almen praksis og sygehuse. Både regioner, kommuner og praksissektor har gennem længere tid arbejdet med og udviklet flere digitale indsatser, fx virtuelle konsultationer med praktiserende læge, træning i at anvende skærm og skærmbesøg i den kommunale sygepleje samt udvidet brug af telemedicinske løsninger til patienter med fx hjertesvigt. Covid-19-pandemien satte skub i udviklingen og der blev iværksat en lang række tiltag både i relation til udredning og behandling af patienter med covid-19 og til patienter med andre sygdomme og tilstande. Disse tiltag kan bl.a. være med til at danne grundlag for udviklingen fremadrettet, idet telemedicin gør det muligt for flere forskellige faggrupper at levere udvalgte sundhedsydelser over afstand uafhængig af geografien.

Sundhedsaftalerne¹³ udgør i dag den overordnede struktur for det tværsektorielle samarbejde på sundhedsområdet mellem kommuner og regioner, herunder almen praksis. Der er desuden nyligt vedtaget et lovforslag om oprettelsen af 21 sundhedsklynger, som træder i kraft d. 1. juli 2022¹⁴. Jf. den politiske aftale er formålet med dette initiativ at etablere en forpligtende og formaliseret 'sundhedsklynge' omkring hvert af de 21 akutsygehuse, hvor sygehuse/region, kommunerne og almen praksis i akutsygehusets optageområde vil være repræsenteret. Hensigten med de formaliserede sundhedsklynger er, at der tages et fælles ansvar for samarbejdet om populationens sundheds- og behandlingsbehov i optageområdet, herunder at styrke sammenhæng og bedre udrednings-, behandlings- og rehabiliteringsforløb for patienter med såvel fysiske som psykiske sygdomme, og som har forløb på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis. Desuden skal

¹³ Fastlagt i sundhedslovens §§ 203-205 samt i Bekendtgørelse nr. 679 af 30. maj 2018 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

¹⁴ Lovforslag nr. L 191, Folketinget 2021-22, Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven (Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.) (ft.dk)

sundhedsklyngerne være en drivende kraft for styrket forebyggelse, kvalitet og omstilling til det nære sundhedsvæsen.

De formaliserede sundhedsklynger vil bl.a. være med til at danne et fundament for organiseringen og samarbejdsstrukturen omkring nærhospitaler, ligesom de vil kunne skabe et grundlag for at drøfte øvrige tiltag, der skal bidrage til at sikre sammenhæng på tværs af sektorerne. I sundhedsklyngerne drøftes således den samlede kapacitet i optageområdet, hvor nærhospitalerne sammen med akutsygehuset udgør en af flere strukturer. Kapacitet og befolkningsgrundlag for de enkelte kommuners indsatser og for tværkommunale samarbejder vil kunne indgå i disse drøftelser.

Det er midlertidig forsat en væsentlig udfordring, at sundhedsvæsenets organisering udgør en barriere for samarbejde på tværs af sektorer og fagligheder, herunder koordinering, videndeling samt udviklingen i anvendelsen af de forskellige fagligheder og hvordan de forskellige faggrupper kan have gavn af hinandens kompetencer og udvikles i samarbejdet.

3.2. Omstilling af sundhedsvæsenet og nærhospitalernes rolle heri

I takt med at vi lever længere, vil stadig flere mennesker leve med sygdomme, som kræver løbende behandling, rehabilitering eller pleje i sundhedsvæsenet. Der er derfor behov for et nyt blik på opgavevaretagelsen for at kunne yde de indsatser, som patienterne har behov for. Det forudsætter en omstilling fra behandling på sygehuse til sundhedsindsatser i kommuner og almen praksis.

En sådan omstilling indebærer tiltag, der skal sikre, at behandlingen i endnu højere grad kan foregå i patientens nærmiljø, enten på et nærhospital, i kommunen, almen praksis eller i eget hjem. Det forudsætter et styrket samarbejde mellem sygehus, kommune og almen praksis og sammenhæng for patienterne på tværs af sundhedsvæsenet. Herunder skal det sikres, at de specialiserede kompetencer på sygehusene understøtter det primære sundhedsvæsen. Omstillingen fra indsatser på sygehus til indsatser i det primære sundhedsvæsen indebærer desuden et større fokus på kvalitet, krav, kompetencer mv. samt bedre brug og udvikling af digitale løsninger.

Denne omstilling af sundhedsvæsenet er igangsat med et større fokus på det primære sundhedsvæsen, kvalitetskrav til de kommunale sundhedsindsatser og nye formaliserede sundhedsklynger omkring akutsygehusene, der skal sikre et forpligtende samarbejde på tværs af sektorer og være drivende for omstillingen til et mere sammenhængende og nært sundhedsvæsen mv.

Etableringen af nærhospitaler er et af tiltagene, der skal bidrage til en omstilling af sundhedsvæsenet med fokus på at styrke kvaliteten i den nære sundhedsindsats. Nærhospitaler skal således integreres i det eksisterende sundhedsvæsen som en del af både sy-

gehusvæsenet og det primære sundhedsvæsen, hvor der samtidig tages højde for øvrige nye tiltag i forbindelse med sundhedsreformen, som beskrevet ovenfor. I nærhospitalerne forventes det, at opgaveløsningen bl.a. varetages på nye måder med en opretholdelse af kvaliteten.

Når nærhospitalerne indgår som en ny struktur i det samlede sundhedsvæsen, giver det mulighed for nytænkning af forløb, både i nærhospitalet og på akutsygehuset, herunder mulighed for at række ud enten fysisk eller vha. telemedicinske/virtuelle løsninger til såvel patient som til det primære sundhedsvæsen. Formålet med anvendelse af virtuelle og telemedicinske løsninger i nærhospitalerne og akutsygehuse er bl.a. at bidrage til at understøtte patienternes egenmestring og reducere deres behov for opfølgende besøg og indlæggelser. Samtidig kan udgående funktioner varetages fra nærhospitalerne og akutsygehuse til de patienter, der har størst behov for en indsats i hjemmet, med et samtidigt fokus på bedst anvendelse af de samlede personaleressourcer. Desuden samles flere funktioner fra såvel sygehus som kommuner ét sted, hvilket kan bidrage til synergi mellem indsatser og at patienterne får lettere adgang til de ofte samtidige indsatser.

Nærhospitalerne vil desuden bidrage til udviklingen af sundhedsvæsenet ved, at kompetencer fra akutsygehuse bliver lettere tilgængelige i det primære sundhedsvæsen tættere på både patienter og fagpersoner og kan bidrage med rådgivning mv. Kommunerne kan fx få bredere adgang, både fra akutsygehuset og nærhospitalerne, til lægefaglig og generel sundhedsfaglig understøttelse ved at samle kommunale, regionale og praksisfunktioner ét sted.

Nærhospitalerne kan således være med til at styrke det tværsektorielle samarbejde og det sammenhængende forløb for patienterne. Der bør derfor være opmærksomhed på, at det vil være u hensigtsmæssigt, hvis der med etableringen af nærhospitaler skabes uensartede strukturer i regionerne for det tværsektorielle samarbejde med kommunerne og praksissektor, hvilket både gælder i forhold til fysiske og psykiske sygdomme. Dette vil forårsage organisatoriske udfordringer samt skabe ulighed og uensartethed i det regionale serviceniveau for borgere i regionen. De nye strukturer, herunder nærhospitaler, der kan bidrage til at styrke det tværsektorielle samarbejde og sikre mere sammenhængende og koordinerede forløb, bør være regionsdækkende og gælde for alle patienter og ikke kun realiseres via nærhospitaler men også akutsygehuse.

Endvidere kan nærhospitalerne understøtte innovation og nytænkning i patientforløbene, hvor der er behov for behandling tættere på patienten. Desuden vil nogle patientgrupper kunne have særligt gavn af kortere fysisk afstand til behandlingsstedet, eksempelvis ældre mennesker, immobile og sårbare grupper, herunder patienter med psykisk sygdom.

I det følgende beskrives principper for etablering af nærhospitaler.

4. Principper for nærhospitaler

Med udgangspunkt i ovenstående udfordringer og den nødvendige omstilling af sundhedsvæsenet, bør etablering af nærhospitaler tage udgangspunkt i følgende principper:

1. **Nærhospitaler er en ny struktur i sundhedsvæsenet**, men bygger på de foreløbige erfaringer fra de eksisterende tværsektorielle sundhedshuse. Derudover indgår nærhospitalerne også i de øvrige nye strukturer såsom sundhedsklynger og andre tiltag, der iværksættes for at styrke det tværsektorielle samarbejde og det primære sundhedsvæsen. Efterhånden som der opnås erfaringer med nærhospitalerne, kan der blive behov for at justere rammen og indholdet. Nærhospitalerne indgår således i det samlede sygehusvæsen.
2. **Nærhospitaler indgår som en del af omstillingen af sundhedsvæsenet** blandt andet gennem en innovativ og ændret opgavevaretagelse af patientens forløb, så mere kan ske nært og tværsektorielt gennem øget mulighed for tæt samarbejde og gensidig sparring på tværs af de regionale og kommunale kompetencer. Der vil ikke være tale om en 1:1 flytning af sygehusfunktioner, idet opgavevaretagelsen nytænkes ift. kompetencer, fysisk eller virtuel tilstedeværelse og samarbejde, med fokus på hensigtsmæssig drift og ressourceudnyttelse.
3. **Nærhospitalets sygehusfunktioner er koblet op på et akutsygehus.** Det regionale personale arbejder som udgangspunkt på tværs af akutsygehus og nærhospital. Hovedparten af personalet arbejder primært på akutsygehuset og bruger desuden en del af deres arbejdstid på indsatser i nærhospitalet enten fysisk eller virtuelt. Sygehusfunktionerne varetages på hovedfunktionsniveau i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning. Nærhospitalernes sygehusfunktioner kan følges gennem regionernes sygehusplanlægning.
4. **Nærhospitalets funktioner og indsatser har samme kvalitet** svarende til det øvrige sundhedsvæsen og er koblet op på kvalitetsorganisationen i den sektor hvor myndighedsansvaret ligger. Patienterne vil således møde ensartet kvalitet i alle dele af forløbet, uanset om det foregår på nærhospitalet eller akutsygehuset. Nærhospitalerne kan skabe en mulighed for samarbejde og udvikling af kvaliteten i den sammenhængende indsats, hvor det er muligt i de enkelte patientforløb eller på afgrænsede områder.
5. **Nærhospitaler skaber øget nærhed til sundhedstilbud** ved at placere sygehusfunktioner og kommunale indsatser i nærhospitalet, fysisk eller gennem virtuelle løsninger. Det er en generel udvikling i sundhedsvæsenet, at sundhedstilbud rykker tættere på borgerne, fysisk eller virtuelt, hvilket nærhospitalerne bidrager til at understøtte. Nærhospitaler rummer således tilstrækkelig digital understøttelse af indsatserne til at kunne bidrage til omstillingen af sundhedsvæsenet, hvor sygehusfunktioner, kommunale indsatser og indsatser på praksisområdet ydes på nye måder.

6. **Nærhospitalets geografiske placering skal bidrage til** at sikre indsatser i et område, hvor der er langt til et akutsygehus, hvilket skal balanceres ud fra, om der i området er et tilstrækkeligt befolkningsunderlag.
7. **Nærhospitaler faciliterer tværfagligt samarbejde.** Der gives mulighed for at rumme sundhedstilbud på tværs af sektorer under ét tag og dermed et tæt tværfagligt samarbejde enten fysisk i nærhospitalet eller vha. virtuelle løsninger. Nærhospitalet skal således bidrage til at etablere samarbejdsstrukturer, som bidrager til at skabe synergi mellem sygehusfunktionerne, kommunale indsatser, praksisområdet mv., hvilket understøtter sammenhængende forløb for patienterne.
8. **Nærhospitaler bidrager til at mindske ulighed i sundhed** ved at give kortere geografisk afstand og lettere adgang for patienter til nogle sygehusfunktioner, herunder til flere samtidige indsatser på samme sted via udgående eller digitale løsninger.
9. **Nærhospitaler tilbyder udelukkende planlagte (elektive) ikke-akutte ambulante ydelser** ud fra faste rammer for, hvad et nærhospital *bør* rumme og derudover hvad et nærhospital *kan* rumme, idet der også er muligheder for lokal tilpasning ud fra lokale hensyn. Der er ikke senge i et nærhospital.
10. **Nærhospitaler skaber mulighed for nyskabelse og innovation.** De giver mulighed for, at regioner og kommuner kan være nyskabende og innovative i forhold til indsatser, ressourcer, tværfaglige samarbejder, kompetencer mv. Kompetencer kan fx anvendes på nye måder og til ændret opgavevaretagelse, ligesom kompetencer kan anvendes både ved fysisk og virtuel tilstedeværelse. Der kan med fordel samles op på sådanne erfaringer efter en årrække med henblik på at sikre vidensdeling og spredning.

4.1. Sundhedstilbud i nærhospitalerne

Sundhedstilbuddet i nærhospitalet består af udvalgte sygehusfunktioner og dertil skal der etableres såvel kommunale indsatser som indsatser fra praksisområdet i nærhospitalet. Det aftales lokalt hvilke kommunale indsatser og aktører fra praksisområdet, der bør indgå i det enkelte nærhospital for at skabe sammenhæng til sygehusfunktionerne.

Som udgangspunkt vil det være beliggenhedskommunen, der etablerer tilbud i nærhospitalet med særligt fokus på at understøtte sammenhæng i forløb og indsatser på tværs af sektorer. Kommunerne er forskellige, hvad angår størrelse, geografi, kapacitet, befolknings- og ressourcemæssige forudsætninger samt erfaringer med forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser og det kan være hensigtsmæssigt, at kommunerne indgår et tværkommunalt samarbejde. Det kan fx være henvisning til indsatser i en samarbejdskommune eller et løbende samarbejde om faglig sparring, kvalitetssikring, kompetenceudvikling mv. Endvidere kan det være en fordel, at flere kommuner indgår i tværkommunale

samarbejder for at opnå tilstrækkelig volumen til at opretholde et tilbud¹⁵. I disse tilfælde kan eksisterende eller nyoprettede tværkommunale indsatser med fordel placeres i nærhospitalerne.

Endvidere bør andre kommuners borgere også kunne benytte nærhospitalet, hvis det ligger på grænsen til en anden kommune og det giver mere nærhed for patienten. Etablering af tværkommunale tilbud i nærhospitaler skal ske efter lokal dialog mellem de pågældende kommuner/regioner, og desuden bør der være opmærksomhed på, at der vil være en række juridiske og økonomiske udfordringer forbundet dermed, herunder at der ikke er mellemkommunal refusion på sundhedsydelser. Der er imidlertid nogle konkrete erfaringer, fx fra det tværkommunale 9-kommune samarbejde i Region Hovedstaden, hvor der kan indhentes inspiration.

Der er potentiale i, at almen praksis indgår som styrket samarbejdspart i det samlede sundhedsvæsen samt, at speciallægepraksis i højere grad kan yde specialespecifik rådgivning til almen praksis. Det vil derfor være en fordel, hvis almen praksis og udvalgte speciallægepraksis også indgår i nærhospitalerne, hvilket kan medvirke til, at disse aktører, gennem styrkede samarbejdsstrukturer, får lettere adgang til diagnostik, specialistrådgivning mv. og dermed i højere grad kan varetage en koordinerende rolle og beholde behandlingsansvaret for en del af indsatserne. Det vil forudsætte et ledelsesmæssigt fokus at få etableret sådanne samarbejdsstrukturer.

I et nærhospital bør der således etableres sundhedstilbud, hvor sundhedspersoner på tværs af sektorer varetager indsatser enten ved fysisk tilstedeværelse i nærhospitalet eller via digitale eller udgående løsninger, som bidrager til at skabe nærhed for patienterne.

Nærhospitalerne vil varetage planlagt ambulant, udredning, behandling og rehabilitering på hovedfunktionsniveau i dag- og aften tid af både fysiske og psykiske sygdomme for visse patientforløb eller dele af disse. Nærhospitalerne har ikke sengepladser eller døgnbemandede funktioner ud fra et kvalitets-, ressource- og driftsmæssigt hensyn, ligesom der ikke må ske udtynding af personaleresourcer på akutsygehuset. Det er midlertidigt vigtigt at personalet i nærhospitalerne også varetager funktioner på akutsygehuset for at opnå, at der er den samme kvalitet i opgavevaretagelsen begge steder.

Der vil ikke være tale om udflytninger af udvalgte sygehusfunktioner én til én fra sygehus til nærhospital. Nærhospitalerne giver mulighed for en ændret tilrettelæggelse af forløb og opgavevaretagelse, der fx indebærer et øget tværfaglig samarbejde. Det betyder fx, at der ikke udelukkende flyttes ambulante kontroller fra akutsygehus til nærhospital, men at det skal overvejes, hvordan det konkrete tilbud skal tilrettelægges, hvilke kompetencer der skal anvendes, herunder ændret opgavevaretagelse, behov for understøttelse fra specialistkompetencer mv. Det kan fx være sygeplejersker, der varetager nye opgaver med supervision fra læge på akutsygehuset, se uddybet eksempel i kapitel 7. Nærhospi-

¹⁵ Sundhedsstyrelsen, 2016: Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom

taler bør således være et af tiltagene, der er med til at understøtte samarbejde og sammenhæng om indsatser på tværs af sektorgrænser samt mulighed for at se på tilrettelæggelse og varetagelse af ydelser i patientforløbene på en ny måde. Samplacering kan således være med til at skabe koordination og sammenhæng i forløbene. Som en del af praksissektoren, kan apoteker også indtænkes i samplaceringen som en væsentlig samarbejdspart i det primære sundhedsvæsen.

Nærhospitaler varetager som udgangspunkt henviste patienter. Der vil desuden være mulighed for at indplacere funktioner såsom rådgivning og forebyggelse, der kan være åbne. Afhængig af hvilket tilbud, der er tale om regionalt eller kommunalt, vil henvisning og visitation følge vanlig organisering via eksempelvis den centrale visitationsenhed på akutsygehuset, visitation i det enkelte speciale og den kommunale visitationsenhed. I det konkrete patientforløb vil visitator vurdere, om et forløb i nærhospitalet er relevant for den enkelte patient. På sigt bør det vurderes, om fælles visitation for udvalgte patientgrupper kan understøtte kvalitet og sammenhæng uden øget brug af personaleressourcer. Der kan derfor med fordel afprøves fælles løsninger i form af fælles visitation med henblik på at understøtte og videreudvikle det tværsektorielle samarbejde og understøtte sammenhæng på tværs af patientforløbene.

4.2. Kvalitet i nærhospitalernes sundhedstilbud

Det er et afgørende princip, at nærhospitalernes sygehusfunktioner, kommunale sundhedsindsatser mv. har samme høje kvalitet i behandlingen som på akutsygehusene, i kommunerne mv. I forhold til sygehusfunktionerne er det en afgørende forudsætning for nærhospitalerne, at de er koblet op til akutsygehusene for at sikre kvaliteten i indsatsen i de tilbudte sygehusfunktioner/-ydelser. Det er desuden en forudsætning for den sammenhængende indsats, at der er et velfungerende samarbejde mellem akutsygehus, beliggenhedskommunen og evt. andre nært beliggende kommuner samt almen praksis i forhold til behandlingsansvar, kompetenceudvikling og kapacitet. Et styrket samarbejde på tværs af nærhospital, kommune og akutsygehus kan bidrage til at højne kvaliteten i patienternes forløb.

Sygehusfunktionerne i nærhospitalet kobles således op på et akutsygehus af hensyn til kvalitet og bemanning med henblik på at sikre optimal ressourceanvendelse. Akutsygehuset beholder behandlingsansvaret for sygehusfunktionerne i patientforløbene og hvor indsatsen sker inden for rammerne af akutsygehusets vanlige praksis mht. dokumentation, kvalitetsudvikling, forskning osv. De kommunale sundhedstilbud kobles til beliggenhedskommunen eller flere kommuner, hvis der indgår tværkommunale tilbud. Nuværende og fremadrettede gældende nationale krav og anbefalinger vil understøtte ensartet kvalitet på tværs af nærhospitalernes kommunale sundhedsindsatser. For både sygehusfunktioner og kommunale indsatser gælder det, at de er koblet op på kvalitetsorganisationen i den sektor, hvor myndighedsansvaret ligger.

Samtidig rækker nærhospitalets aktører ud mod og samarbejder med hinanden, både om de sundhedstilbud, der er etableret på den fysiske matrikel og om lokale sundhedstilbud i kommuner, almen praksis og øvrige sundhedstilbud i primærsektoren og det regionale sundhedsvæsen, der er placeret fysisk uden for nærhospitalet.

Da nærhospitalet modtager patienter både fra almen praksis og speciallægepraksis samt patienter fra sygehusafdelinger, er der behov for klare retningslinjer og tydelig kommunikation om, hvem der har behandlingsansvaret for patienten. Ansvarsfordelingen i forhold til behandling af patienter anbefales at følge den ansvarsfordeling, der gælder i øvrigt, og skal som ovenfor nævnt aftales lokalt. Det er således væsentligt for patientsikkerheden, at opgaverne i nærhospitalet varetages inden for klare rammer og med en klar ansvarsplacering. Der må ikke være tvivl om, hvilken læge (praksislæge eller sygehus) eller hvilket sygehus- eller kommunalt team, der har behandlingsansvaret for den konkrete patient i den konkrete situation. Det betyder, at personalet i nærhospitalet skal have mulighed for at kunne tage kontakt hurtigt til den rette læge eller team ved behov for lægefaglig sparring, så patienter sikres behandling af høj kvalitet.

4.3. Geografisk og fysisk placering af nærhospitalet

Med henblik på at få det fulde udbytte af nærhospitalet lægges en række faktorer til grund for den konkrete placering. *Nogle af følgende faktorer* bør således være tilstede i de områder, hvor der etableres et nærhospital:

- mange patienter har stor geografisk afstand og/eller der er en vanskelig infrastruktur til sygehuse og øvrige sundhedstilbud
- et tilstrækkeligt patientvolumen til at kunne opretholde funktioner og indsatser i nærhospitalet og en demografisk udvikling, der fx peger på en fremtidig tilvækst og behov for funktionerne/indsatser. Dette bør anskueliggøres i forbindelse med ansøgninger til nærhospitalspuljen
- lokalbefolkningens sundhedsprofil tilsiger, at der bør være et særligt fokus på at højne sundheden gennem nære sundhedstilbud
- områder, hvor nærhospitalet evt. kan bidrage til at imødegå udfordringer i sundhedsvæsenet, såsom at understøtte tiltrækkelig lægedækning i almen praksis og andre praksisydere. Nærhospitalet kan understøtte tværfaglige miljøer, som evt. kan tiltrække praktiserende læger og andre praktiserende sundhedspersoner.

Nærhospitalet kan f.eks. etableres i eksisterende bygninger (fx nedlagte sygehuse, nuværende sundhedshuse o.l.).

5. Forudsætninger for sammenhængende forløb i nærhospitaler

Den faglige ramme for nærhospitaler bygger bl.a. på de nuværende tværsektorielle sundhedshuses erfaringer med at tilbyde visse ambulante sygehusfunktioner målrettet specifikke patientgrupper og samtidige udvalgte kommunale indsatser. Ligeledes er der erfaring med at tilbyde visse tværgående sygehusfunktioner, fx diagnostiske undersøgelser, som benyttes til mange patientgrupper og ordineres af såvel almen praksis som af sygehusenes sundhedsfaglige personale.

Imidlertid er der flere sundhedshuse, hvor man ikke får det optimale ud af, at funktioner og indsatser er placeret på samme matrikel i forhold til at skabe tværsektorielt og tværfagligt samarbejde om patientforløbene, hvilket blandt andet kan skyldes lovgivning og praktiske omstændigheder. Se afsnit 1.4 for barrierer og muligheder for samdrift af nærhospitaler. Sygehusfunktionerne, de kommunale indsatser og almen praksis-indsatser fungerer ofte siloopdelte, selvom de forskellige tilbud og indsatser i patientforløbene varetages under samme tag. Det medfører, at der ofte, trods samlokalisering, sker et vidensstab i patientforløb på tværs af specialer og sektorer, hvor de forskellige aktører har behov for fælles opdateret faglig viden, både generel viden om større målgruppers karakteristika og behov samt specifik viden vedr. de konkrete patientforløb.

Nærhospitalerne skal bidrage til at skabe sammenhæng i patientforløbene på tværs af sektorer og almen praksis ved at fremme vidensdeling, koordinering og de rette tilbud af høj kvalitet i patientforløbene. Det er væsentligt med fokus på sammenhængen mellem konkrete regionale og kommunale funktioner samt andre aktører, som placeres i et nærhospital, så patienterne kan opleve mere sammenhængende forløb.

Det er væsentligt, at viden om den enkelte borger, og de indsatser som borgeren tilbydes koordineres rettidigt. I nærhospitalerne bør der skabes rammer for, at aktørerne kan vidensdele hensigtsmæssigt.

En forudsætning for sammenhængende forløb er, at aktørerne har regelmæssig dialog, fælles planer mv. Hvis det ikke er muligt at mødes fysisk, kan det med fordel ske vha. virtuelle løsninger, som kan gøre det lettere med regelmæssig kontakt og dialog. En indsats kræver ikke nødvendigvis fysisk tilstedeværelse i nærhospitalet af hverken borgeren eller den sundhedsfaglige person, men kan fx være telemedicinsk behandling eller -opfølgning. Indsatsen skal tilrettelægges, så den faglige kvalitet sikres. Desuden kan der skabes sammenhæng i samarbejdet vha. virtuelle kommunikationsredskaber, hvilket bør vægtes med henblik på at opnå den bedst mulige udnyttelse af personaleresourcer og tidsforbrug.

Der bør etableres teknologiske og virtuelle muligheder i nærhospitalet. Eksempelvis mulighed for at afholde tværsektorielle virtuelle konferencer med akutsygehuset eller

øvrige aktører, fx med almen praksis, kommuner og det øvrige praksisområde, med henblik på samarbejde og sparring om konkrete problemstillinger, patienter mv. Praksisområdet kan på den måde samarbejde direkte med en ambulant sygehusfunktion eller det kommunale personale i nærhospitalet.

Ved planlægning af et nærhospital er et væsentligt formål at fremme det tværsektorielle samarbejde om sygehusfunktioner og kommunale indsatser for udvalgte patientgrupper og derigennem bevare og fremme kvaliteten i indsatserne, skabe synergi i samarbejdet, understøtte fælles opdateret sundhedsfaglig viden samt koordinering af de enkelte patientforløb. Derved skabes der også mulighed for at opnå en helhedsorienteret vurdering af patientens behov på tværs af funktioner og indsatser.

Ved planlægningen af et nærhospital bør der iværksættes tiltag, som understøtter samarbejdet på tværs af funktionerne med henblik på at opnå kvalitet i indsatsen og et koordineret og sammenhængende forløb for patienterne.

Det anbefales, at iværksætte nedenstående tiltag i forbindelse med etableringen af et nærhospital.

5.1. Tiltag til at understøtte samarbejde

5.1.1. Ledelse

Den nationale ramme for etablering af nærhospitaler bør forankres og tilpasses lokalt, hvilket kræver ledelsesmæssig opbakning. Ledelsen af og i et nærhospital er væsentlig i forhold til at skabe de rette rammer for samarbejdet og driften af nærhospitalet.

- Der bør være fælles ledelse af nærhospitalet, hvor region og kommune har fælles beslutningskompetence. Dette kan struktureres på forskellig vis, fx ved nedsættelse af en styregruppe med tværsektoriel repræsentation på direktør og chefniveau og i gruppen af medarbejdere, der varetager den daglige drift. Ledelsen bør have bredt kendskab til sundhedsvæsenet og opmærksomhed på tværfagligheden i nærhospitalet. Den fælles ledelse bør således have ansvar for:
 - at understøtte samarbejdet mellem aktørerne, som kan medvirke til at sikre sammenhængende forløb for patientgrupperne
 - at administrere nærhospitalet, herunder den daglige og fremadrettede vedligeholdelse
 - at skabe rammer, der levner mulighed for innovative løsninger på tværs af sektorerne
 - at understøtte fælles udstyr, herunder indkøb, brug og personale til betjening af udstyr og bookingsystem samt understøtte fælles oplæring.

5.1.2. Samarbejde

Det er en væsentlig forudsætning for sammenhængende forløb i et nærhospital, at der er ledelsesmæssigt fokus på, at der ikke blot sker en sam-lokalisation af funktioner i nærhospitalet, men at der skabes rammer for et reelt og forpligtende tværsektorielt samarbejde på tværs af aktørerne. Dette bør gøres fra starten af etableringen af nærhospitalet, også såfremt der bygges videre på nuværende organiseringer, hvor der aktuelt ikke er etableret samarbejde på tværs.

- Der bør skabes forpligtende rammer for det tværsektorielle samarbejde og samarbejdet mellem sygehusenes specialer mv. i form af samarbejdsaftaler o.l.
- Der bør dedikeres medarbejderressourcer med fokus på at opbygge samarbejdet om de konkrete patientforløb og koordinere på tværs af nærhospitalets aktører.
- Der bør skabes strukturer for samarbejdet, som kan understøtte de fælles patientforløb, fx i form af:
 - fælles samarbejdsfora til planlægning af tværsektorielle indsatser for specifikke grupper af borgere
 - fastlagte tværfaglige konferencer til drøftelse af fælles patienter med særlige problemer
 - tværsektorielle teams, hvor personalet samarbejder om fælles daglig varetagelse af forløb
 - rammer (tid og rum) for, at det tværsektorielle samarbejde kan udvikle sig, også på et uformelt plan.

5.1.3. Kompetencer

Sundhedsfaglige medarbejdere i nærhospitalet bør have de rette kompetencer for at kunne varetage nærhospitalets funktioner med høj kvalitet. Der kan blive behov for kompetenceudvikling af nogle af de fagpersoner, som involveres i varetagelsen af funktionerne.

- Der bør sikres de rette og tilstrækkelige kompetencer i nærhospitalet ift. varetagelse af de konkrete funktioner i nærhospitalet. Ved nytænkning af patientforløb i nærhospitalet bør der arbejdes med en bedre udnyttelse af personalets kompetencer, hvilket kan betyde større selvstændigt ansvar og nye arbejdsopgaver mv. for nogle faggrupper. For at undgå kvalitetstab i den forbindelse, bør der etableres klare rammer for supervision
- Der bør sikres muligheder for kompetenceudvikling bl.a. gennem relationsopbyggende aktiviteter, hvilket fx kan opnås gennem:
 - Samarbejdet om de fælles forløb, forankret i tværsektorielle teams, samarbejdsfora mv., hvor medarbejderne lærer af hinandens kompetencer
 - Ansættelse af medarbejdere, der har kendskab til begge sektorer, fx i delte stillinger på tværs af sektorerne eller erfaring med den anden sektor fra tidligere stillinger

- Tværsektorielle rotations-/udlånsordninger, dvs. udlån af medarbejdere på tværs af sektorerne i perioder, med henblik på læring og øget kendskab til hinandens opgaver
- Fælles tværsektoriel undervisning.

5.1.4. Virtuelle løsninger

Det er væsentligt at sammenhængende forløb for patienterne og samarbejdet på tværs af nærhospitalets aktører understøttes også ved brug af virtuelle løsninger.

- Der bør skabes sammenhæng for patienterne også vha. virtuelle løsninger til konsultationer, telemedicin mv.
- Der bør etableres mulighed for anvendelse af virtuelle løsninger, herunder virtuelle kommunikationsredskaber, der muliggør rådgivning og samarbejde på tværs af specialer, faggrupper, sektorer og matrikler.
 - Der bør skabes virtuelle løsninger og adgang til patientens data på tværs af sektorer, der muliggør, at aktørerne kan vidensdele hensigtsmæssigt.

5.1.5. Udstyr

Udredning, behandling og opfølgning på sygehusfunktioner samt indsatser i det primære sundhedsvæsen forudsætter det rette udstyr.

- Udstyr til undersøgelser skal understøtte de funktioner og indsatser, der varetages i nærhospitalet med henblik på at sikre samme kvalitet i opgavevaretagelsen som på akutsygehus og i det primære sundhedsvæsen
- Udstyr, der benyttes på tværs af sektorer, kan være med til at understøtte vidensdeling og kvalitet ved f.eks. udførelse af en undersøgelse eller varetagelse af en behandling
- Udstyr, der giver mulighed for, at data leveres direkte til elektroniske journalsystemer og giver mulighed for deling af resultater og sammenhæng

6. Målgrupper, funktioner og indsatser

Mange sygdomme medfører behov for behandling på akutsygehuse under indlæggelse eller ambulant. Desuden er der ofte behov for kommunale indsatser, fx rehabilitering, sundhedsfremme, forebyggelse eller indsatser i hjemmet samt kontakt til almen praksis.

Flere grupper af patienter med et stort patientvolumen og som har gentagne sygehus-kontakter, har behov for, at afstanden til sygehusfunktioner på hovedfunktionsniveau, tilhørende kommunale indsatser samt behandling i almen praksis er så kort som muligt for at skabe hensigtsmæssige patientforløb. Derfor har denne faglige ramme for nærhospitalet særligt fokus på, at disse patientgrupper kan få indsatser i nærhospitalet, under forudsætning af, at kvaliteten forbliver den samme. Et eksempel på tværsektorielt samarbejde kan være en gravid, der i nærhospitalet kan blive undersøgt hos jordemoder og se sin sundhedsplejerske under og efter graviditet. Et andet eksempel kan være patienten med en kronisk sygdom, som kan få fx ernæringsindsatser hos en diætist, eller indsatser fra et sygeplejeambulatorium i nærhospitalet.

Nærhospitalet vil rumme nære sammenhængende sundhedstilbud ud fra faste principper og rammer for, hvilke patientgrupper der kan have forløb i et nærhospital. Desuden hvilke funktioner og indsatser et nærhospital *bør* eller *kan* rumme, idet der også er muligheder for lokal tilpasning ud fra lokale hensyn. Dette beskrives i det følgende.

6.1. Funktioner og indsatser i nærhospitalet

Sygehusfunktioner i nærhospitalet vil være udvalgte funktioner på hovedfunktionsniveau med et tilstrækkeligt patientunderlag. Der vil som udgangspunkt ikke være specialiserede funktioner og det vil ikke være en forudsætning, at der altid er lægefaglige kompetencer på matriklen. Der planlægges ikke med akutte, intensiv- eller døgnfunktioner i nærhospitalet. Ved akut forværring af sygdom skal patienterne behandles på akutsygehuset, hvilket der bør være klare aftaler for håndteringen af mellem nærhospitalet og akutsygehuset, mens fx visse former for udredning, diagnostik, behandling, opfølgning og kontrol kan varetages i nærhospitalet.

Det enkelte nærhospital skal således indeholde dele af patientforløb, som vanligtvis ville blive varetaget på akutsygehuset. De kobles op på det nærmeste akutsygehus som decentral ambulant funktion, der tilrettelægges som led i den regionale sundhedsplanlægning under hensyntagen til de tilgængelige personaleressourcer, vejledninger og med samme kvalitet som på akutsygehuset. Nærhospitalet skal blandt andet rumme funktioner, som understøtter udredning og diagnostik i det primære sundhedsvæsen.

Der vil ikke være tale om en 1:1 flytning af sygehusfunktioner, kommunale indsatser mv., idet opgavevaretagelsen kan nytænkes ift. kompetencer, fysisk eller virtuel tilstedeværelse og samarbejde, med fokus på hensigtsmæssig drift og ressourceudnyttelse.

Dette må afhænge af de konkrete sygehusfunktioner, kommunale indsatser, patientvolumen og personaleressourcer ift. det enkelte nærhospital og akutsygehus. Det afgørende er, at kvaliteten er uændret i forhold til den kvalitet, der tilbydes på akutsygehuse og det samme gælder for indsatser fra kommunerne og almen praksis. Nærhospitaler kan således sammen med det øvrige regionale og kommunale sundhedsvæsen, herunder almen praksis, være med til at understøtte udviklingen af den digitale patientvaretagelse og -inddragelse.

Nærhospitalerne skal rumme funktioner, som også understøtter udredning og diagnostik i det primære sundhedsvæsen.

Udgående funktioner fra sygehus til en patients hjem eller andet opholdssted kan enten ske fra akutsygehuset eller fra nærhospitalet. Tilbud om udgående indsats til en patient bør altid vurderes nøje ud fra patientens sygdom, behov og -ressourcer samt ud fra de tilgængelige personaleressourcer, idet fysisk udgående funktioner generelt kræver en del personaleressourcer. Det bør i de konkrete patientforløb overvejes, om telemedicin kan være et alternativ til en fysisk udgående indsats fra enten et akutsygehuset eller nærhospital.

Der bør i planlægningen af et nærhospital være fokus på at skabe sammenhæng, så elektive ambulante sygehusfunktioner og kommunale indsatser i patientgruppers samlede forløb kan ydes i nærhospitalet. Nogle kommuner har et så lille volumen inden for visse patientgrupper, at tværkommunale samarbejder om specifikke tilbud kan være en fordel mhp. at opnå et større volumen og herigennem kvalitet i indsats og kompetencer. Det bør derfor overvejes, om nærhospitalet med fordel kan være ramme for et tværkommunalt tilbud. Der skal desuden være fokus på at skabe samarbejde med almen praksis og det øvrige praksisområde, uanset om disse aktører er placeret i eller uden for nærhospitalet.

Nedenfor beskrives anbefalinger til sygehusfunktioner i nærhospitaler. Der er dels anbefalinger til tværgående sygehusfunktioner, som bør kunne tilbydes på tværs af patientgrupper, og dels sygehusfunktioner målrettet specifikke patientgrupper med behov for ambulante sygehusindsatser. Der er desuden anbefalinger til det udstyr, som er nødvendigt for varetagelsen af funktionerne og som anvendes bredt ift. et stort antal forskellige sygdomme. Kompetencer til varetagelse af funktionerne beskrives i kapitel 5. Der skal samtidig etableres kommunale indsatser i nærhospitalerne, som kan skabe synergi med sygehusfunktionerne i de tværsektorielle patientforløb. Der er også anbefalinger nedenfor til disse kommunale indsatser.

6.2. Tværgående sygehusfunktioner og udstyr

De tværgående sygehusfunktioner, som anbefales varetaget i nærhospitaler som decentrale ambulante funktioner fra akutsygehuse, er udvalgt på baggrund af, at de anvendes både på sygehuse og af almen praksis til et stort antal patienter på tværs af mange sygdomme.

6.2.1. Tværgående sygehusfunktioner

Det anbefales, at der i alle nærhospitaler **bør** være følgende tværgående sygehusfunktioner med det tilhørende nødvendige udstyr:

- Røntgen
- Blodprøvetagning og diverse urinalyser
- EKG

Desuden **kan** følgende tværgående funktioner med fordel varetages i nærhospitaler, afhængigt af patientgrupper og -volumen ift. det enkelte nærhospital samt en vurdering af de nødvendige personaleressourcer:

- CT
- UL

6.2.2. Udstyr

Det anbefales desuden, at alle nærhospitaler **bør** have udstyr, som anvendes bredt til et stort antal forskellige patienter:

- IT-udstyr til at understøtte de daglige funktioner, samarbejde, vidensdeling, koordinering og telemedicin
- Udstyr til måling af vitale parametre herunder puls, blodtryk og iltmætning
- Vægte
- POC-apparat til måling af blodsukker
- Udstyr til visse mikrobiologiske undersøgelser
- Udstyr til træning, f.eks. stopure, træningsmåtter og træningscykler
- Hjertestarter og rubens ballon

Listen er ikke udtømmende, da der løbende vil komme ændringer i behov, fx på grund af den teknologiske udvikling. Listen er derfor dynamisk.

6.3. Udvælgelse af patientforløb til nærhospitalerne

Udgangspunktet for udvælgelse af patientforløb, der kan varetages i nærhospitaler, er, at de tilhørende ambulante, ikke-akutte sygehusfunktioner og kommunale indsatser med fordel kan varetages samlet i nærhospitaler, og at nærhospitaler kan optimere patientforløbene ved at facilitere følgende på tværs af specialer, faggrupper og sektorer:

- samarbejde
- vidensdeling
- kompetenceudvikling
- rette behandlingstilbud og indsatser til rette tid
- koordinering af behandlingstilbud og indsatser.

Derigennem forbedres den sundhedsfaglige kvalitet i den enkelte sektor og på tværs af sektorer, herunder almen praksis. Hvilket samtidig kan bidrage til at skabe synergi mellem indsatserne i patientforløbet og optimere patienternes livskvalitet. For nogle patienter kan det desuden bidrage til, at de kan og vil tage imod de forskellige tilbud.

På denne baggrund er der følgende overordnede principper for udvælgelse af patientforløb i nærhospitalet:

- Patienter med en eller flere hyppigt forekommende kroniske sygdomme, fysiske og/eller psykiske, og til tider langvarige forløb, med behov for ambulante og ikke akutte sygehusydelser på hovedfunktionsniveau, herunder ambulant udredning, behandling og opfølgning. I udgangspunktet skal der ikke varetages specialfunktioner i nærhospitalet, med mindre det sker som del af en udefunktion, hvilket skal være beskrevet i forbindelse med godkendelse af specialfunktionen. Indsatserne skal varetages med relevante kompetencer. Det vil være hensigtsmæssigt at etablere delforløb for disse patienter i nærhospitalet, hvis det ikke er nødvendigt med mange forskellige ressourcer (fx flere forskellige specialer, meget forskelligt apparatur mv), som i stedet kan give anledning til at samle indsatsen på fx akutsygehuse
- Patientgrupper, der i deres forløb hyppigt har behov for kommunale indsatser, såsom rehabilitering, genoptræning/træning, forebyggelsesindsatser og /eller sygeplejefaglige indsatser, og desuden vil have gavn af, at der er sammenhæng mellem de regionale og kommunale tilbud i deres patientforløb
- Patienter, der af forskellige årsager ikke har ressourcer til at deltage i et forløb på hovedfunktionsniveau på et akutsygehus, fx på grund af lang afstand og manglende fysisk og/eller psykisk overskud, baseret på systematiske individuelle vurderinger af behov. Samtidig skal det vurderes sundhedsfagligt, om indsatsen kan varetages i et nærhospital, uden at det påvirker kvaliteten eller giver udfordringer i forhold til de personalemæssige ressourcer
- Patientgrupper med længere forløb og /eller undersøgelser og indsatser med begrænset kompleksitet, fx gravide kvinder, som ofte har behov for forskellige sundhedstilbud og derfor kan have gavn af, at disse tilbud er samlet i et nærhospital
- Patienter, der har behov for et forebyggende tilbud, fx rygestop- eller vægttabstilbud, for at opnå en mere hensigtsmæssig sundhedsadfærd, øget mental sundhed og trivsel eller reduceret sygdomsrisiko samt patienter, der fx venter på behandling (fx operation) og har behov for forebyggende tilbud

- Patienter med behov for et mindre og ukompliceret kirurgisk indgreb, der kan undersøges og behandles i et nærhospital (funktioner svarende til speciallægepraksis), og som bl.a. ikke vil forudsætte andet end lokalanæstesi.

De patientgrupper, som anbefales i det følgende, tager udgangspunkt i ovennævnte principper. For disse patientgrupper er der udpeget sygehusfunktioner, som altid **bør** varetages i et nærhospital og samtidige kommunale indsatser, der med fordel **kan** tilbydes i nærhospitalet til fremme af det samlede patientforløb. Endvidere kan nærhospitaler med fordel også huse praksissektor og civilsamfund

Desuden er der eksempler på sygehusfunktioner, som **kan** varetages i et nærhospital.

Sygehusfunktionerne beskrives i 6.4.1 og de kommunale indsatser i afsnit 6.4.2. Visse af de kommunale indsatser er ikke diagnosespecifikke og beskrives derfor samlet.

6.4. Udvalgte sygehusfunktioner og kommunale indsatser

En stor del af de konkrete patientforløb i nærhospitalerne vil være relateret til kronisk sygdom. Der er typisk tale om langvarige forløb med behov for flere indsatser fra såvel sygehus, kommune og almen praksis. Nedenfor er beskrevet anbefalinger til sygehusfunktioner, som alle nærhospitaler bør varetage. Desuden er der eksempler på sygehusfunktioner, som kan varetages i det enkelte nærhospital afhængigt af nærhospitalets optageområde hvad angår geografi og patientpopulation samt de tilgængelige personaleressourcer. I forbindelse med planlægningen af nærhospitalet bør de eksisterende telemedicinske løsninger inddrages.

Ved planlægning af nærhospitalet bør der være fokus på, at der til de sygehusfunktioner, som bør og kan varetages fysisk i nærhospitalet, også forefindes det nødvendige udstyr på matriklen. Der bør ikke være forskel på kvaliteten i den behandling, som patienterne modtager i hhv. nærhospitalet og akutsygehuset og der bør derfor være det samme udstyr begge steder.

Nedenfor er der anbefalinger til sygehusfunktioner og kommunale indsatser til udvalgte patientgrupper med kroniske sygdomme. Derudover anbefales sygehusfunktioner og kommunale indsatser ift. andre målgruppers forløb, som også med fordel kan varetages i nærhospitaler. I forhold til funktioner og indsatser som kan varetages, er der ikke tale om en udtømmende liste.

6.4.1. Sygehusfunktioner til udvalgte patientgrupper med fysiske og psykiske sygdomme

- **Lungesygdomme** dækker en bred gruppe af sygdomme. Nogle patientgrupper med lungesygdomme udgør en stor andel af patienter på landsplan og har samtidig mindre komplicerede problemstillinger, hvoraf nogle bør eller kan varetage i nærhospitaler:
 - Patientgrupper med KOL (kronisk obstruktiv lungesygdom), hvor det ambulante behandlingsansvar i den enkelte region efter aftale ligger i sygehusregi. Hele eller dele af disse patientgruppers ambulante forløb **bør** varetages i nærhospitalerne. Der bør i planlægningen af forløbene være fokus på sammenhæng til de igangværende telemedicinske indsatser i lokalområderne.
 - Patienter med astma, der er henvist fra almen praksis, men ikke vurderes at have svær astma (som varetages på regionsfunktionsniveau). Hele eller dele af deres ambulante forløb **kan** varetages i nærhospitaler, for så vidt patienterne har behov for en sygehusindsats. Der bør i planlægningen være fokus på sammenhængen til de igangværende telemedicinske indsatser.
- **Hjerte-karsygdomme** dækker over en bred gruppe af sygdomme, hvoraf visse vil kunne varetages i nærhospitaler:
 - Patienter med inkompenaseret hjertesygdom og hypertension. Hele eller dele af de ambulante forløb **bør** varetages i nærhospitalerne, for så vidt patienterne har behov for en ambulant sygehusindsats og sygehusfunktionen kan varetages på hovedfunktionsniveau uden en intensiv indsats. Der bør i planlægningen være fokus på sammenhæng til de igangværende telemedicinske indsatser i lokalområdet
 - Patienter med hjerterytmeforstyrrelser. Hele eller dele af de ambulante forløb **kan** varetages på nærhospitalerne, for så vidt patienterne har behov for en ambulant sygehusindsats og funktionen kan varetages på hovedfunktionsniveau uden en intensiv indsats. Der bør i planlægningen være fokus på sammenhængen til de igangværende telemedicinske indsatser i lokalområdet.
- **Muskel-skeletsygdomme** dækker over en bred gruppe af sygdomme, hvoraf visse vil kunne varetages i nærhospitaler:
 - Udvalgte inflammatoriske led- og bindevævssygdomme på hovedfunktionsniveau med begrænset kompleksitet **kan** tilbydes ambulant behandling og kontrol i nærhospitalet
 - Kroniske rygpatienter på hovedfunktionsniveau med behov for tværfagligt samarbejde **kan** tilbydes ambulant behandling og kontrol i nærhospitalet.
- **Funktionelle lidelser**

- Patienter med funktionelle lidelser, der kan varetages på hovedfunktionsniveau. Hele eller dele af forløbet **kan** varetages på nærhospitaler, for så vidt patienten har behov for en ambulant sygehusindsats.
- **Endokrine sygdomme**
 - Patienter med type 1-diabetes og type 2-diabetes samt visse stofskiftesygdomme. Hele eller dele af de ambulante forløb på hovedfunktionsniveau **bør** varetages på nærhospitaler, for så vidt patienterne har behov for en ambulant sygehusindsats på hovedfunktionsniveau
 - Patienter med osteoporose. Dele af disse forløb **bør** varetages på nærhospitaler, for så vidt patienterne har behov for ambulante sygehusindsatser og ikke kan varetages med medicinsk behandling i almen praksis. Dexametason kan varetages på akutsygehuset, men behandling og anden kontrol **bør** foregå på nærhospitalet
 - Behandling af patienter med fedme og overvægt **kan** i dele af ambulante forløb varetages i nærhospitaler, for så vidt patienterne har behov for ambulante sygehusindsatser. Etablering af en sådan funktion i nærhospitalet vil bl.a. afhænge af optageområdets sygdomsprofil.
- **Psyriske sygdomme** dækker over en bred gruppe af sygdomme. For visse patientgrupper **kan** dele af det ambulante forløb varetages på et nærhospital. Der skal i planlægningen tages hensyn til, at funktionen skal etableres i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til en 10-års plan for psykiatrien¹⁶ og understøtte de faglige anbefalinger heri.
 - Voksne patienter med moderat til svære psyriske sygdomme, som visiteres til gruppebehandling i regi af pakkeforløb i den ambulante psykiatri. De ambulante gruppeforløb **kan** i visse tilfælde varetages i nærhospitaler, for så vidt patientpopulationen og geografiske forhold tilsiger, at det er hensigtsmæssigt at etablere denne funktion i nærhospitalet
 - Voksne patienter med svære psyriske sygdomme med behov for en ambulant indsats. Ambulante forløb, som på nuværende tidspunkt varetages i lokalpsykiatrien/distriktpsykiatrien, **kan** fremadrettet varetages på nærhospitaler, for så vidt det vurderes hensigtsmæssigt at omplacere hele eller dele af lokalpsykiatrien/distriktpsykiatrien til nærhospitalet
 - Børn og unge med moderat til svære psyriske sygdomme med funktionsnedsættelser og særlige behov, som gør det vanskeligt at følge den ambulante behandling på sygehuset. Dele af den ambulante behandling **kan** varetages i nærhospitaler, for så vidt det drejer sig om børn og unge som har behov for en ambulant sygehusindsats på hovedfunktionsniveau
 - I Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til en 10-års plan for psykiatrien anbefales det, at der opbygges et lettilgængeligt kommunalt tilbud med én indgang til børn og unge med psykisk mistrivsel og psyriske symptomer, herunder at der etableres systematisk tværsektorielt samarbejde og lettere adgang til

¹⁶ [10AARS_PSYK-PLAN_260122_LOW.ashx \(sst.dk\)](#)

psykiatrifaglige kompetencer. Der **kan** i nærhospitaler etableres en rådgivende/visiterende ambulant udgående børne- og ungdomspsykiatrisk funktion på hovedfunktionsniveau, for så vidt at denne funktion understøtter og er i overensstemmelse med anbefalingerne i det faglige oplæg til en 10-års plan for psykiatrien.

- **Multisygdom**

- Da flere sygdomme ofte forekommer hos den samme patient og det dermed vil være hensigtsmæssigt med flere af de ovenfor anbefalede sygehusfunktioner i nærhospitaler, **bør** der være fokus på samarbejde på tværs af specialerne enten fysisk eller virtuelt, så den samlede indsats i nærhospitalet er sammenhængende for patienten. I det tværsektorielle samarbejde mellem almen praksis og nærhospital/akutsygehuset kan det være en fordel at rådgive patienten vedr. polyfarmaci
- Da mange patienter med psykiske sygdomme også har samtidige fysiske sygdomme, vil der ofte være behov for flere samtidige ambulante sygehusindsatser, og der **bør** være fokus på samarbejdet på tværs af de involverede specialer, så den samlede indsats i nærhospitalet er sammenhængende for patienten.

- **Generelt for livstruende kroniske sygdomme**

- Palliativ ambulant behandling af patienter med livstruende kroniske sygdomme, der har behov for understøttende og symptomlindrende behandling, **bør** kunne tilbydes forløb i nærhospitaler. Der bør etableres samarbejde med aktører på det palliative område uden for nærhospitalerne, herunder kommuner, almen praksis og hospice.

6.4.2. Kommunale indsatser, oftest relateret til kronisk sygdom

Patienter med kroniske sygdomme har også behov for kommunale indsatser. Ved etablering af nærhospitaler **bør** der være fokus på sammenhæng mellem sygehusfunktioner og kommunale indsatser, fx sygdomsspecifikke rehabiliteringsforløb eller rehabilitering/forebyggelsestilbud på tværs af brede kroniske sygdomme såsom sygdomsmestring, tobaksafvænning, fysisk træning, ernæringsindsatser, forbyggende samtaler om alkohol mv.

Patientgrupperne ovenfor er karakteriseret ved ofte at have behov for både sygehusfunktioner og kommunale indsatser, hvor nærhospitalerne kan facilitere sammenhæng, samarbejde og vidensdeling tværfagligt og tværsektorielt i patientforløbene.

Der bør fx for patientgrupperne med kroniske sygdomme skabes sammenhængende forløb og synergi mellem sygehusfunktionerne og de kommunale indsatser, så hele eller dele af deres ambulante forløb kan tilbydes i nærhospitalerne. Dette kan understøttes ved et stærkere samarbejde om patienternes forløb, tilgængelighed for patienterne og sparring på tværs af sektorer og faggrænser. Dette forventes samtidigt at bidrage til kompetenceløft på tværs af sektorerne. Visse sammenhænge mellem sygehusfunktioner og kommunale indsatser bør skabes fysisk ved tilstedeværelse i nærhospitalerne og andre ved telemedicinske løsninger.

Beliggenhedskommunen, og evt. andre medansøgende kommuner, **bør** etablere kommunale indsatser i nærhospitaler. Afhængigt af de lokale forhold og de tilstedeværende sygehusfunktioner kan flere af nedenstående kommunale indsatser¹⁷ være relevante og bidrage til sammenhængende forløb:

- Forebyggelse og sundhedsfremmende tilbud fx:
 - Tobaksafvænning
 - Forebyggende samtaler om alkohol
 - Ernæringsindsatser
 - Sygdomsmestring
 - Fysisk træning
 - Indsatser ift. overvægt og seksuel sundhed
 - Indsatser ift. mental sundhed
- Sygdomsspecifikke eller brede rehabiliteringsforløb, genoptræning og træning
- Misbrugsbehandling
- Udvalgte indsatser fra hjemmeplejen og sygepleje. Ift kommunal sygepleje, så leverer kommuner ofte en del af indsatsen i sygeplejeklinikker, ligesom både sygepleje og hjemmepleje fx kan have et distriktskontor på nærhospitalet
- Telemedicinske indsatser.

6.4.3. Øvrige sygehusfunktioner

- **Svangreomsorg**
 - Svangreomsorg i forbindelse med ukomplicerede graviditeter, herunder graviditetsundersøgelser og fødselsforberedelse samt evt. efterforløb, **bør** varetages i nærhospitaler. Hælbloodprøven med screening af nyfødte for en lang række medfødte sygdomme, herunder PKU, bør dog fortsat varetages på akutsygehuset, så det sikres, at undersøgelsen kan foregå inden for det nødvendige tidsvindue efter fødslen.
 - Kommunale indsatser relateret til svangreomsorg
For at give et sammenhængende forløb for den gravide og de kommende nye forældre **kan** visse dele af sundhedsplejen også varetages i nærhospitalet.
- **Ortopædkirurgi/kirurgi**
 - Mindre og ukompliceret kirurgi med lokal anæstesi, relevante kontroller af f.eks. bensår, kontrol efter kirurgi for artrose samt visse frakturkontroller **kan** foregå i nærhospitaler.
 - Relevante kommunale indsatser

¹⁷ Nogle kommunale indsatser er yderligere beskrevet i bilag 4.

De kommunale indsatser, som **kan** etableres i nærhospitaler og dermed bidrage til sammenhængende forløb i forbindelse med ortopædkirurgi/kirurgi, er blandt andet:

- Rehabilitering, genoptræning og træning
- Sygepleje, fx sårbehandling.

- **Andre funktioner og indsatser**

- Der er desuden sygehusfunktioner på andre sygdoms- og indsatsområder, fx opfølgende indsatser, skanninger og behandlinger på hovedfunktionsniveau på demensområdet eller kræftområdet, fx kemoterapi, som kan varetages i nærhospitalerne.
- Relevante kommunale indsatser
 - Afhængig af hvilke sygehusfunktioner indenfor "flere brede sygdoms- og indsatsområder", der indgår i nærhospitalet, må det vurderes lokalt, hvilke kommunale indsatser der kan være relevante.

7. Kompetencer

7.1. Fleksibel og ændret brug af kompetencer

Sundheds- og plejepersonalet er en vigtig ressource i sundhedsvæsenet. Der vil i fremtiden blive flere mennesker, der lever med kroniske sygdomme og psykiske lidelser. Samtidig bliver der færre mennesker i den arbejdsdygtige alder, som kan bidrage med den nødvendige arbejdskraft. Selvom der bliver uddannet mere sundhedspersonale, ses der allerede nu udfordringer med rekruttering og fastholdelse.

Regeringen har på baggrund heraf nedsat en kommission for robusthed i sundhedsvæsenet¹⁸, som skal komme med anbefalinger til løsninger på de grundlæggende udfordringer i sundhedsvæsenet, som den demografiske udvikling medfører i forhold til personaleressourcer og -kapacitet.

Der er således brug for en overordnet vurdering af tilrettelæggelsen og involveringen af forskellige sundhedsfaglige ressourcer og kompetencer i varetagelsen af de enkelte patientgruppers forløb på tværs af sektorer og i de enkelte sektorer. Kvaliteten i en indsats og sammenhæng i et patientforløb afhænger ikke alene af sundhedspersoners grunduddannelse/videreuddannelse, kompetencer og erfaring, men også en vurdering af hvordan de forskellige sundhedsfaglige kompetencer og –erfaringer benyttes og bedst kommer i spil ved varetagelsen af de enkelte patientgruppers forløb på tværs af sektorer og i de enkelte sektorer. Samtidig bør der være en vurdering af, i forhold til den enkelte ydelse i et patientforløb, om en sundhedsperson skal være fysisk tilstede på nærhospitalet og akutsygehuset eller om ydelsen kan ske digitalt uden kvalitetsforringelse.

Dette vil samlet betyde, at patientforløb tilrettelægges på nye måder, uanset om det foregår i akutsygehusene, på nærhospitalerne eller i kommunerne. Det kræver således et blik på såvel nærhospital som på akutsygehuset, kommune og almen praksis, så den samme indsats leveres med den samme kvalitet, sammenhæng og koordinering, uanset om patienten er tilknyttet nærhospital eller akutsygehus.

7.2. Kvalitet, samarbejde og organisering

Alle nærhospitaler vil for sygehusfunktionerne være koblet op til et akutsygehus for at sikre samme høje kvalitet, erfaring og kompetencer. Ligesom de kommunale sundhedstilbud kobles til beliggenhedskommunen eller flere kommuner, hvis der indgår tværkommunale tilbud. Alle parter i nærhospitalet er koblet op på kvalitetsorganisationen i den sektor, hvor myndighedsansvaret ligger.

¹⁸ <https://sum.dk/Media/637919315718884394/Kommissorium%20for%20Robusthedskommission.pdf>

Således beholder akutsygehuset behandlingsansvaret for sygehusfunktionerne i patientforløbene, hvor indsatsen sker inden for rammerne af akutsygehuset. Samtidig skal det sikres, at der ikke sker en udtynding af bemanning på akutsygehuset. Personalet kan arbejde forskellige dage på hhv. akutsygehuset og nærhospitalet, og dermed sikres ens kvalitet uanset matrikel for den pågældende funktion. Nogle af de sundhedsfaglige personer, der varetager funktioner/indsatser på nærhospitalet kan være ansat i delestillinger fra såvel akutsygehuset som fra kommunen. Dette vil dog kræve en afklaring af ansvarsfordeling og ledelsesniveau, samt et behov for en vurdering af, at myndighedsansvaret ikke ændres.

Et væsentligt element i nærhospitaler er samarbejde på tværs af specialer, sektorer og almen praksis samt brug og deling af viden og erfaring, hvilket forventes at bidrage til synergi og til, at funktionerne kan løftes med høj kvalitet. Nærhospitalerne forventes at understøtte tværsektoriel kompetenceudvikling. Der vil være behov for samarbejde med akutsygehuset og de faggrupper og/eller specialer, som er tilstede på akutsygehuset. Dette kan også ske via telemedicinske konferencer – f.eks. fra farmaceuter, farmakonomer, socialrådgivere, speciallæger fra andre specialer eller eget speciale, som kan blive inddraget i forløbene på nærhospitalet efter individuelt behov.

Idet ikke alle faggrupper er tilstede på nærhospitalet vil det kræve en vurdering af, at det sundhedsfaglige personale, der fysisk er på nærhospitalet har en bred erfaring, erfaring med at arbejde tværfagligt og tværsektorielt, samt kan arbejde selvstændigt. Der kan med fordel udarbejdes kompetenceprofiler for de funktioner og indsatser, der varetages.

Fysisk tilstedeværelse på nærhospitalet vil primært bestå af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, bioanalytikere, fysio- og ergoterapeuter, diætister og jordemødre. Der forventes ikke, at der for speciallæger sker 1:1 udflytning fra akutsygehuset, men også her en vurdering af, hvilke lægelige opgaver der kan ske digitalt.

Kompetencer uden for nærhospitalet vil være involveret i patientforløbene bl.a. ved at rådgive og delegere opgaver til sundhedspersoner i nærhospitalet eller ved at indgå i samarbejde om telemedicinsk behandling o.l.

7.3. Principper for kompetencer på nærhospitaler

På baggrund af ovenstående behov for at vurdere anvendelsen af kompetencer, er der følgende principper for anvendelse af sundhedsfaglige personer i nærhospitaler:

1. Sundhedspersoner, der skal varetage sygehusfunktioner på nærhospitalet, skal arbejde inden for de faglige kompetencer og færdigheder, som deres grund- /videreuddannelse giver ret til. Derudover bør det vurderes, om visse opgaver kan udføres på delegeret ordination under hensyn til sikkerhed og kvalitet.

2. Personalet bør være ansat på hhv. akutsygehuset og kommunen, men også have funktion på nærhospitalet for herved at bidrage til kvalitet, uanset hvor patienten har sit forløb.
3. Anvendelsen af personaleressourcer på nærhospitalet må ikke udtynde personaleressourcer på akuthospitalet. Personalet kan fx arbejde forskellige dage på akuthospital og nærhospital.
4. Nærhospitalet bør sammen med akutsygehuset bidrage til en mere fleksibel og innovativ anvendelse af kompetencer og ressourcer.
5. Fagpersoners viden og kompetencer kan både anvendes fysisk og virtuelt. Der forventes således ikke en 1 til 1 udflytning af speciallæger fra akutsygehuset til nærhospitalet, men virtuel og digital understøttelse skal bidrage til, at speciallægers og andre faggruppers viden og erfaring inddrages i patientforløbene på nærhospitalet.
6. Sundhedspersonalet, der er fysisk tilstede på nærhospitalet skal ud over de relevante kompetencer have bred sundhedsfaglig erfaring inden for det område, som de varetager. Derudover være i stand til at handle selvstændigt, hvor situationen kræver det.
7. Samarbejde er et væsentligt element i nærhospitalet, hvorfor samarbejdskompetencer er væsentlige.
8. Nærhospitalet bør understøtte tværsektoriel kompetenceudvikling.
9. Der kan med fordel udarbejdes kompetenceprofiler for de funktioner og indsatser, der varetages i nærhospitalet.

7.4. Kompetencer i nærhospitalet

Følgende kompetencer relateret til sygehusfunktioner i nærhospitalet bør være tilstede, såfremt indsatsen, der kræver kompetencerne, er på nærhospitalet:

- Sygeplejersker, specialsygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, fysio- og ergoterapeuter og socialrådgivere, der kan varetage funktioner selvstændigt på delegeret ordination og dermed bør have særlige kompetencer og erfaring inden for det kliniske sygeplejefelt, som de varetager. Samtidig skal de have en bred viden, således at de kan reagere på forløb, der kræver inddragelse af anden viden og faggrupper
- Bioanalytikere til blodprøvetagning, EKG, mulig håndtering af point of care udstyr samt prøveforsendelser
- Radiografer til de billeddiagnostiske funktioner

- Jordemødre til svangreomsorg
- Speciallæger fra akutsygehuset med den viden og de kompetencer, som er nødvendig til de funktioner, der varetages - speciallægeviden og inddragelse kan ske enten fysisk på nærhospitalet eller via telemedicin
- Øvrige sundhedsfaglige og terapeutfaglige kompetencer må i øvrigt afhænge af de sygehusfunktioner, som planlægges til at blive varetaget i nærhospitalet
- Psykologer og specialpsykologer
- Derudover vil der være sundhedspersonale, som vil blive inddraget digitalt. Kompetencer må her være på niveau med det, der i øvrigt kræves i sygehusvæsenet.

Praksisområdet er overenskomstreguleret og de nuværende overenskomster udgør således rammen for mulig inddragelse af nogle af ovennævnte kompetencer og skal derfor indtænkes.

Følgende kompetencer relateret til kommunale indsatser bør være tilstede, såfremt indsatsen, der kræver kompetencerne, er til stede:

Kompetencer inden for forebyggelse:

- For kompetencer hos kommunalt personale følges aktuelle anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom¹⁹. Herudover henvises til diagnosespecifikke forløbsprogrammer for kompetencer inden for en given sygdom.

Kompetencer inden for genoptræning:

- Indsatserne kan varetages af få faggrupper, primært ergoterapeuter og fysioterapeuter samt andet personale med kompetencer svarende til grunduddannelse samt eventuel relevant efteruddannelse. Fagpersonerne kan udføre relevante faglige indsatser til flere patientgrupper på baggrund af generelle kompetencer inden for fagområdet. Der kan være behov for særlige kompetencer inden for det givne område.
- For yderligere anbefalinger til specifikke kompetencer til den ydelse, der tilbydes, henvises til relevante målgruppespecifikke patientforløbsbeskrivelser.

Kompetencer inden for andre indsatser:

- Sygeplejerske
- Sundhedsplejersker
- Øvrige kommunale ansattes kompetencer må i øvrigt afhænge af de indsatser som planlægges i nærhospitalet.

¹⁹ Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, SST 2016

For funktioner, som kan være tilstede

Til disse funktioner vil de nødvendige kompetencer afhænge af, hvilke funktioner, der planlægges med lokalt. Eksempler fremgår nedenfor:

- Patientforeninger - det vil, for at skabe synergi, være en fordel, at de stiller tilbud og rådgivning til rådighed.
- Almen praksis og Speciallægepraksis med speciallæge(r), sundhedsfagligt – og/eller fagligt personale
- Apoteker med farmakonomer og farmaceuter
- Andre praksis aktører må afhænge af, hvilke krav til kompetencer og uddannelse, der eksisterer til disse.

Boks 1: Eksempler på opgaveoverdragelse fra en faggruppe til en anden

Eksempel fra et hjerteambulatorium med opgaveoverdragelse fra speciallæge til erfarne sygeplejerske:

Flere sygeplejersker i kardiologiske ambulatorier er i dag uddannet i at foretage EKKO (Transthorakal EKKO – ultralydsundersøgelse af hjertet) til udvalgte sygdomme på delegeret ordination. EKKO undersøgelsen kan optages. Speciallægen i kardiologi godkender og evt. beskriver undersøgelsen. Ved problemer i forbindelse med undersøgelsen kan der konfereres med en speciallæge, som er fysisk eller virtuelt tilstede.

Eksempler fra et lungeambulatorium med opgaveoverdragelse fra speciallæge til erfarne sygeplejerske:

Erfarne sygeplejersker i lungeambulatorier varetager på delegeret ordination visse kontroller af KOL patienter. Således kan sygeplejersker foretage visse kontroller med tilhørende undersøgelser hos patienter, der har langtidsilt i hjemmet. Ved vurdering af behov for iltændring kan de konferere (fysisk eller virtuelt) med en speciallæge i lunge-sygdomme. Desuden vurderer erfarne sygeplejersker om patienter med KOL, som ringer til et lungeambulatorium med problemer har behov for undersøgelser og om en speciallæge skal inddrages.

Eksempel fra et ambulatorium med opgaveoverdragelse fra sygeplejerske til farmakonom:

Patienten har fået ordineret noget sygehusudleveret medicin i et ambulatorium af en læge. Der er ansat en farmakonom til at dispensere medicinen. Dette har tidligere været en sygeplejerske opgave. Sygeplejersken udleverer medicinen.

Eksempel fra radiologi

Røntgen af visse knogler kan beskrives af en radiograf og en speciallæge i radiologi kan inddrages virtuelt eller fysisk ved behov

HØRINGSUDKAST

8. Digital understøttelse

Digitale løsninger og moderne udstyr er væsentlige i den omstilling, som er nødvendig for at bidrage til en høj kvalitet, sammenhæng, koordinering og vidensdeling i et fremtidigt bæredygtigt sundhedsvæsen. Nærhospitalerne kan sammen med akutsygehuset, kommuner og almen praksis være med til at implementere og udbrede andre og nye måder at levere sundhedsydelser på. Dette kræver bl.a. digital udvikling og tæt samarbejde i sygehusvæsenet, på tværs af sundhedsvæsenets sektorer og almen praksis. De digitale muligheder giver også mulighed for en vurdering af en anden benyttelse af de begrænsede personaleressourcer. Således er de rette digitale løsninger et væsentligt bidrag til at danne grundlaget for arbejdet med det fremtidige arbejde omkring sammenhæng, koordinering, vidensdeling og kvalitet i sundhedsvæsenet.

Teknologi kan også i nogle tilfælde give sundhedspersonalet mulighed for en mere fleksibel planlægning af aktiviteter i arbejdsdagen, uafhængigt om personalet er på nærhospitalet, akutsygehuset, kommunen eller i almen praksis. Bl.a. kan møder mellem patienter og personale foregå virtuelt, hvilket kan spare tid for både personale og patient, i særdeleshed for det udkørende personale.

Digitale løsninger skal skabe sammenhæng mellem sektorer i tilknytning til nærhospitalernes opgaveløsning. Det danske sundhedsvæsen er generelt langt i udvikling og anvendelse af data og digitale løsninger. Der er imidlertid også en række forudsætninger, som skal adresseres ift. at understøtte og udvikle samarbejdet på tværs af regioner, kommuner og almen praksis og nærhospitalernes kapacitet til at give borgerne lettere adgang til nære og sammenhængende patientforløb med samme høje kvalitet.

Fælles digitale løsninger og deling af data på tværs af regioner, kommuner og almen praksis er en væsentlig løftestang og forudsætning for at realisere nærhospitalernes bidrag til omstillingen til et mere sammenhængende sundhedsvæsen med koordinering og vidensdeling af indsatser i patientforløbet til støtte af kvalitet og til glæde og tryk for patienten.

8.1. Apparatur og udstyr på nærhospitalerne

Moderne og nyt apparatur og udstyr er en forudsætning for, at nærhospitalerne kan levere behandling og diagnostik af høj kvalitet med en effektiv udnyttelse af medarbejdernes tid. Fx kan måleudstyr med overførsel af data til patientens elektroniske journal spare medarbejdernes tid.

Derfor anbefales det, at der i forbindelse med etablering af nærhospitalerne vurderes, om der er behov for at investere i nyt apparatur og udstyr som kan bidrage til en effektiv opgaveløsning af høj kvalitet på nærhospitalerne og reducere risiko for fejl (se afsnit 6.2.1 og 6.2.2).

8.2. Behandling i eget hjem gennem digitale løsninger

Et væsentligt formål ved nærhospitalerne er at bringe sundhedsydelser tættere på borgeren, og med sundhedsreformen blev det aftalt, at nærhospitalerne skal bidrage til visionen om øget brug af hjemmebehandling ved at forbedre muligheden for at tilbyde borgere virtuelle konsultationer og andre digitale løsninger.

Behandling hjemme kan ske gennem brug af telemedicinske løsninger, som defineres som sundhedsydelser, der udføres ved anvendelse af informations- og kommunikationsteknologi, hvorved patienten og den sundhedsprofessionelle, der leverer ydelsen, gøres uafhængige af et fysisk møde. Det dækker således over forskellige teknologier såsom videokonsultationer, hjemmemålinger og patientrapporterede oplysninger jf. boks 2.

Brug af telemedicinske løsninger kan gøre sundhedsvæsenet mere tilgængeligt og effektivt samt lettere for borgeren at interagere med. Det kan fx være løsninger, der gør enten borgeren selv eller fx en sygeplejerske i stand til at monitorere borgerens tilstand fra borgerens eget hjem eller tage prøver og dele resultaterne med sundhedspersonale på et sygehus uden at skulle køre til sygehuset. Således kan disse løsninger både finde anvendelse på selve nærhospitalerne, akutsygehusene og i borgernes eget hjem. Det er i den forbindelse relevant at sikre, at sundhedsvæsenet møder den enkelte patient, hvor de er, og på en måde som giver mening for dem og hvis det er gennem digitale løsninger, skal det være løsninger efter borgerens kompetencer og adgangsmuligheder.

Som led i etableringen af nærhospitalerne anbefales det, at det vurderes og planlægges, hvilke af nærhospitalernes funktioner og opgaver, der med fordel kan understøttes gennem brug af telemedicinske løsninger som hjemmemonitorering og patientrapporterede oplysninger. Det vil dels indebære en investering i udstyr, infrastruktur og it-løsninger på nærhospitalerne til at understøtte telemedicinske sundhedsydelser som fx videokonferencedstyr eller udstyr til at overvåge hjemmemålinger. Dels vil det indebære en investering i nyt udstyr som skal bruges af *borgerne hjemme* fx hjemmemåleapparater. Vurderingen af, hvor der kan bruges telemedicinske løsninger skal tage højde for eksisterende sundhedsfaglige anbefalinger til brug af telemedicin og eksisterende udbredelsesprojekter.

Ved benyttelse af digitale løsninger til monitorering, behandling og andre indsatser til patienterne i eget hjem bør der således samtidig være en afklaring af hvornår, i hvilke tidsrum og hvem der har ansvaret i den enkelte sektor og almen praksis for at vurdere, behandle og kontakte patienten ved f.eks. tegn på forværring eller behov for ændring af behandling. I den forlængelse er det et opmærksomhedspunkt i udbredelsen af telemedicinske løsninger, at det indebærer en omfordeling af gevinster og udgifter på tværs af sektorer. Derfor har Sundhedsministeriet, KL og Danske Regioner i forbindelse med økonomiaftalerne for 2023 aftalt at undersøge rammevilkårene for anvendelse af telemedicin, herunder mulige økonomiske konsekvenser af den opgaveflytning, som telemedicin medfører.

Boks 2: Eksempler på telemedicinske løsninger, den kan anvendes på nærhospitaler

Videokonsultationer: Videokonsultationer giver borgere i alle egne af Danmark mulighed for at få let og fleksibel digital adgang til sundhedsvæsenet. Videokonsultationer kan foregå både i borgerens eget hjem og på et nærhospital, fx ved virtuel inddragelse af læger fra et specialiseret sygehus i behandlingen.

Telemedicinske løsninger til hjemmemonitorering: Telemedicinske løsninger til hjemmemonitorering kan give fx borgere med kroniske sygdomme mulighed for at monitorere deres egen sundhedstilstand derhjemme ved fx at måle sit blodtryk, infektionstal eller vægt, mens sygeplejersken fra kommunen eller sygehuset kan gennemgå og vurdere resultaterne og kontakte borgeren ved tegn på forværring for at undersøge, om der er behov for yderligere behandling. Kommuner og regioner er ved at udvikle FUT (Fælles Udvikling af Telemedicin), der er en fælles telemedicinsk infrastruktur, og som er en forudsætning for udbredelse af de landsdækkende tilbud for telemedicinske tilbud til patienter med KOL og hjertesvigt.

Patientrapporterede oplysninger (PRO) – digitale spørgeskemaer: PRO-data er oplysninger om patientens selvvaluerede helbredstilstand, der indsamles i struktureret form via spørgeskemaer, som patienterne besvarer. PRO-data understøtter, at borgere i højere grad kan behandles hjemme, forbedret kommunikationen mellem patienten og sundhedspersonalet og kan bruges til at vurdere, hvornår der er brug for at se borgeren til en fysisk konsultation.

8.3. Sammenhæng på nærhospitalerne gennem øget datadeling

Deling af data på tværs af nærhospitalernes forskellige opgaver og funktioner er en forudsætning for, at der gennem nærhospitalerne skabes en større sammenhæng i patienternes forløb, og at medarbejderne på nærhospitalerne ikke bruger unødige ressourcer på at indhente oplysninger om patienterne.

Der er i dag en række muligheder for datadeling på tværs af sundhedsvæsenet gennem de digitale løsninger Sundhedsjournalen, Et Samlet Patientoverblik samt MedComs digitale meddelelser, se boks 3. Det anbefales, at der som del af etableringen af nærhospitalerne udbredes kendskab til de eksisterende juridiske og tekniske muligheder for at dele data på tværs af sektorerne og de funktioner, der er repræsenteret i nærhospitalerne.

Med den politiske aftale om sundhedsreformen og den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi 2022-2025 indgået mellem regeringen, KL og Danske Regioner er der afsat midler til videreudvikling og modernisering af de digitale løsninger til datadeling, så endnu flere oplysninger kan deles mellem sektorer. Etableringen af nærhospitalerne aktualiserer videreudvikling af løsningerne med henblik på at styrke understøttelsen af øget sammenhæng gennem et tæt samarbejde på tværs af sundhedsvæsenets sektorer og deling af rele-

vante oplysninger om patienten, og derfor anbefales det, at der i videreudviklingen af løsningerne vil blive taget højde for de behov for datadeling, som der opstår med etablering af nærhospitalerne.

Som en del af sundhedsreform og i den efterfølgende udmøntningsaftale med KL og Danske Regioner er der aftalt et arbejde for afdækning af barrierer for, at flere relevante oplysninger kan deles på tværs af kommuner, regioner og almen praksis, særligt på tværs af forskellige lovgivninger som servicelov og sundhedslov. I dette barrierearbejde vil der blive adresseret barrierer for datadeling, som særligt opleves relevant for nærhospitalerne.

Boks 3: Eksempler på løsninger til datadeling mellem sundhedsfaglige

MedCom meddelelser: Overdragelse af patientansvaret i forbindelse med sektorovergange mellem praksissektor, kommuner og sygehuse sker gennem forsendelse af digitale MedCom beskeder som fx epikriser, korrespondancemeddelelser og henvisninger.

Sundhedsjournalen: I sundhedsjournalen på sundhed.dk kan sundhedsfaglige medarbejdere slå op og se forskellige sundhedsoplysninger om den pågældende borger, som de har i aktuel behandling, herunder journalnotater fra offentlige hospitaler, medicinkortet, laboratoriesvar og vaccinationer. *Et samlet patientoverblik:* Der udvikles en digital infrastruktur, som skal dele centrale informationer om patienternes forløb i det it-system, som de sundhedsfaglige benytter til deres opgaver. I løbet af 2022 og 2023 lanceres der en fælles aftaleoversigt for borgere på tværs af regioner, kommuner, praktiserende læger og speciallæger og med sundhedsreformen er der afsat midler til at dele patienters planer, herunder indsatser, mål og diagnoser.

8.4. Rammevilkår og incitamenter

Det er en forudsætning for ibrugtagningen af ovenstående digitale løsninger, at de rette rammevilkår og incitamenter er på plads, herunder bl.a. sammenhængende, fælles it- og datainfrastruktur, og at sundhedspersonalet på både nærhospitalerne og i resten af sundhedsvæsenet undervises i de digitale løsninger og besidder den nødvendige viden i rette brug af de digitale løsninger.

9. Opfølgning og evaluering

Etableringen af nærhospitalet og samarbejdet i og med disse vil være et udviklingsområde over de næste mange år, hvorfor der er behov for at opsamle erfaringer blandt andet med henblik på at sikre kvalitet, vidensdeling og vidensspredning. Samtidig er der løbende behov for, ud fra indsamlede erfaringer, at lære og at tilpasse indsatsen. Der vil derfor ligeledes være behov for at opdatere anbefalingerne på baggrund af erfaringer.

Nærhospitalet er en ny struktur i sundhedsvæsenet og en del af en større omstilling. Der er derfor behov for at følge udviklingen fra nationalt hold. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der iværksættes en national evaluering af etableringen af nærhospitalet, herunder hvordan nærhospitalet bidrager til udviklingen i det primære sundhedsvæsen.

Endvidere bør der foretages en evaluering af, hvorvidt tildelte ansøgere fra nærhospitalspuljen efterfølgende lever op til de opstillede kriterier og til deres egne ansøgningsspunkter.

Herudover anbefaler Sundhedsstyrelsen at følge udviklingen inden for de gældende strukturer på sundhedsområdet jf. nedenfor. Sundhedsstyrelsen har desuden stort fokus på omstillingen af det primære sundhedsvæsen og opfølgning derpå i relevante fora.

Sundhedsklynger²⁰

Det er regionens og kommunens ansvar løbende at vurdere nærhospitalet ud fra det lokale behov, herunder fx varetagelse af nye målgrupper og så vidt muligt tilpasse nærhospitalets kapacitet herefter. Det anbefales, at denne drøftelse sker i tæt samarbejde mellem kommune, region og almen praksis fx i regi af sundhedsklyngerne. Sundhedsklyngerne skal endvidere være en drivende kraft for styrket forebyggelse, kvalitet og omstilling til det nære sundhedsvæsen, hvorfor klyngerne vil danne et fundament for organiseringen og samarbejdsstrukturen omkring nærhospitalet.

Sundhedsaftaler²¹

Regioner og kommuner er forpligtet til at indgå sundhedsaftaler, der i dag danner den politiske ramme for tværsektorielt samarbejde²². Sundhedsaftalerne kan med fordel ligeledes anvendes som en overordnet ramme for samarbejdet i nærhospitalet. Almen praksis er også en væsentlig aktør og skal indtænkes i nytænkningen af patientforløbene og det forpligtende tværsektorielle samarbejde. I Sundhedsaftalen opstiller hver region og tilhørende kommuner fælles, forpligtende målsætninger for samarbejdet på sundhedsområdet, som bliver fastlagt med udgangspunkt i de nationale mål for sundhedsvæsenet. Sundhedsaftalerne giver også mulighed for, at regioner og kommuner kan lave aftaler for udvikling og afprøvning af nye modeller for samarbejde, og Sundhedsstyrelsen anbefaler

²⁰ Lovforslag nr. L 191, Folketinget 2021-22, Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven (Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.) (ft.dk)

²¹ Fastlagt i sundhedslovens §§ 203-205 samt i Bekendtgørelse nr. 679 af 30. maj 2018 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

nærhospitaler som et af de fokusområder, der udvælges i sundhedsaftalen. Sundhedsstyrelsen skal godkende sundhedsaftalerne ligesom sundhedskoordinationsudvalgene skal indsende slutstatus til Sundhedsstyrelsen senest et halvt år før sundhedsaftalernes udløb. På den måde kan Sundhedsstyrelsen via sundhedsaftalerne følge nærhospitalernes udvikling.

Sundhedsplaner

Regionerne skal hver fjerde år udarbejde en sundhedsplan, der omfatter det regionale sundhedsvæsen samt planer om forebyggelse og fremme af sundheden. Planen skal også gøre rede for, hvordan samarbejdet med kommunerne, almen praksis og speciallæger er tilrettelagt. Ifølge sundhedsloven skal regionerne indhente rådgivning fra Sundhedsstyrelsen til sundhedsplanerne, før de vedtages i regionsrådene. Sygehusfunktionerne, der varetages på Nærhospitalet bør således fremgå af den enkelte regions sygehusplan og regionen skal indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning, hvorfor Sundhedsplanerne ligeledes er en måde, hvorpå udviklingen af sygehusfunktioner i nærhospitalerne kan følges.

Monitorering

Nærhospitalerne vil på lige fod med akutsygehusene og i nogle tilfælde kommuner og almen praksis skulle levere patientdata til de udvalgte kvalitetsdatabaser. Regionernes kliniske kvalitetsdatabaser (RKKP) kan inden for udvalgte områder bidrage til udvikling af indsatsernes kvalitet, så patienter og borgere kan få udredning, behandling, pleje og rehabilitering af høj og ensartet kvalitet, uanset hvor i landet de bor, og i hvilken sektor indsatsen foregår. Nærhospitaler skal leve op til samme kvalitet som akutsygehusene ved at følge relevante nationale kliniske sundhedsfaglige vejledninger.

Bilagsfortegnelse

Bilag 1:	Kommissorium for følgegruppen
Bilag 2:	Følgegruppens medlemmer
Bilag 3:	Begrebsafklaring
Bilag 4:	Kommunale indsatser

HØRINGSUDKAST

Bilag 1: Kommissorium for følgegruppen

Kommissorium for følgegruppe vedr. kvalificering af fagligt oplæg til etablering af nærhospitalet

Regeringen har med udspillene Sundhedsreformen – Gør Danmark sundere og Tættere på II – sundhed, uddannelse og lokal udvikling præsenteret et forslag om etablering af op til 20 nærhospitalet. Af udspillene fremgår det, at formålet med nærhospitalet er at bringe sundhedsvæsenet tættere på borgerne i områder, hvor der er langt til det nærmeste akutsygehus, uden at gå på kompromis med kvaliteten. Samplacering af sygehusfunktioner, kommunale indsatser og evt. praksisaktører på samme sted kan desuden fremme tværsektorielt samarbejde og dermed bidrage til bedre sammenhæng for borgerne. Endelig fremgår det, at indsatserne i nærhospitalet udvikles løbende, så det fulde potenti-ale ved nære sammenhængende tilbud kommer borgerne til gavn.

Sundhedsstyrelsen nedsætter en følgegruppe, som har til formål at rådgive Sundhedsstyrelsen i udarbejdelsen af et etableringsoplæg for nærhospitalet.

Sundhedsstyrelsen har i foråret 2021 udarbejdet en skitse til et fagligt oplæg, som bidrog til en indledende faglig konkretisering af det politiske ønske om etablering af nærhospitalet. Skitsen til det faglige oplæg vil være udgangspunkt for følgegruppens arbejde, som skal uddybe anbefalinger til målgrupper, basale sygehusfunktioner, der forventes som minimum at være i et nærhospital og i det omfang det er muligt faglige kompetencer og udstyr (apparaturer, IT-løsninger mv.), som er relevant herfor.

Desuden beskrives øvrige funktioner og så vidt muligt tilhørende faglige kompetencer og udstyr, der, afhængigt af lokale forhold, kan være relevante for nærhospitalet. Det gælder sygehusfunktioner, kommunale sundhedsindsatser og tilbud i praksissektoren. Desuden beskrives det på overordnet plan, hvordan nærhospitalet kan indgå i sammenhæng med den øvrige udvikling i sundhedsvæsenet, herunder i forhold til udviklingen i øvrigt omkring ændret opgavevaretagelse i almen praksis og kommuner samt en national udbredelse af telemedicin mv.

Følgegruppen skal ikke udarbejde egentlige beskrivelser af konkrete patient- og behandlingsforløb i nærhospitalet, herunder krav til kvaliteten i indsatserne, kompetencer og til samarbejde. Denne opgave ligger uden for etableringsoplæggets tids- og ressource-mæssige ramme.

Nærhospitalet forventes etableret på baggrund af kommuner og regioners ansøgninger til en nærhospitalspulje, som får en samlet ramme på op til 4 mia. kr. Puljen opslås forventeligt første gang i efteråret 2022 Sundhedsstyrelsens etableringsoplæg skal understøtte udarbejdelsen af ansøgningsmaterialet til den kommende pulje og derigennem

beskrive rammer for organisering, funktioner og tilrettelæggelse af indsatser i nærhospitalerne.

Følgegruppens opgaver

Følgegruppens opgave er at rådgive Sundhedsstyrelsen ift. en yderligere kvalificering af skitsen til det faglige oplæg til nærhospitaler, herunder drøfte og kommentere på rapportudkast i forhold til at:

- Uddybe de beskrevne målgrupper der kan have gavn af forløb i nærhospitaler og om muligt pege på, hvordan der kan arbejdes med en ændret opgavevaretagelse
- Uddybe de beskrevne funktioner, udstyr og kompetencer, der som minimum bør være i et nærhospital og øvrige funktioner, udstyr, kompetencer, der kan indgå i nærhospitaler.
- Uddybe nærhospitals beskrevne organisering og indplacering i sundhedsvæsenet, herunder hvordan organiseringen kan understøtte optimal ressourceanvendelse.
- Rådgive om tværfaglige og organisatoriske konsekvenser af forskellige forslag og løsninger og derigennem bidrage til at forankre nærhospitaler ift. de strukturændringer, der vil komme regionalt og kommunalt, herunder i sundhedsklynger.
- Uddybe samarbejdet omkring og i nærhospitaler med udgangspunkt i eksisterende erfaringer med sam-placering af regionale og kommunale og/eller praksisfunktioner.
- Bidrage med overordnede input ift. digital understøttelse af sammenhæng og understøttelse af behandlingsforløb i nærhospitaler med bl.a. virtuelle løsninger.
- Bidrage med input til emner, der bør adresseres fremadrettet i arbejdet med at understøtte en omstilling i sundhedsvæsenet

Sundhedsstyrelsen varetager formandskab og sekretariatet for følgegruppen og fremsender dagsorden og rapportudkast forud for møderne og beslutningsreferat efterfølgende.

Følgegruppens sammensætning

Følgegruppen sammensættes med følgende repræsentation:

Organisation	Repræsentanter
Lægevidenskabelige selskaber	4 repræsentanter - bred repræsentation på tværs af somatik og psykiatri samt almen medicin
Danske Patienter	1 repræsentant
Regioner	5 repræsentanter - udpeges af Danske Regioner
Kommuner	5 repræsentanter - udpeges af KL

Danske Regioner	1 repræsentant
KL	1 repræsentant
Dansk Sygepleje Selskab	2 repræsentanter
Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker	1 repræsentant
Dansk Selskab for Fysioterapi	1 repræsentant
Ergoterapeutforeningen	Udpeger 1 repræsentant fra relevant fagligt selskab
Dansk Psykolog Forening	1 repræsentant
Dansk Jordemoderfagligt Selskab	1 repræsentant
Fagligt selskab af kliniske diætister	1 repræsentant
Sundhedsdatastyrelsen	1 repræsentant
Sundhedsministeriet	1 repræsentant

Repræsentanterne fra KL/kommuner, Danske Regioner/regioner, forventes at repræsentere det organisatoriske ledelsesniveau i regioner og kommuner, der har erfaring med organisering af regionale eller kommunale indsatser samt tilrettelæggelse af sammenhængende forløb, herunder tværsektorielt samarbejde.

Sundhedsstyrelsen kan løbende inddrage supplerende ekspertise efter behov.

Bilag 2: Følgegruppens medlemmer

Navn	Stilling	Arbejdssted
Anja Thoft Bach	Sundheds- og omsorgschef	Ringkøbing-Skjern Kommune
Anne Heide Jensen	Ledende ergoterapeut	Nykøbing F. Sygehus, Fysio- og Ergoterapeutisk afdeling
Charlotte Hosbond	Centerdirektør	Region Hovedstaden
Anne-Marie Bergstrøm Mølbæk	Leder af sundhedsområdet	Ballerup Kommune, Center for voksne og Sundhed
Annette Wandel	Vicedirektør	Danske Patienter
Cecilia Lawson Vinje	Specialkonsulent	SUM, Kontoret for Borgernær Sundhed
Daniel Kjærgaard Simonson	Kontorchef for Sundhedsplanlægning	Region Nordjylland
Jacob Stengaard Madsen	Direktør	Dansk Psykolog Forening
Dorthe Klith	Kontorchef for Sundhedsplanlægning	Region Midtjylland
Frederikke Beer	Chefkonsulent	KL
Githa Cajus	Uddannelsesleder	Dansk Jordemoderfagligt Selskab
Henrik R. Christensen	Direktør for social, sundhed og beskæftigelse	Morsø Kommune
Ida Byrge Sørensen	Centerchef	Guldborgsund Kommune
Kurt Æbelø	Afdelingschef for Afdeling for Tværsektorielt Samarbejde	Region Syddanmark
Lars Henrik Larsen	Næstformand	Dansk Selskab for Fysioterapi
Naja Warrer Iversen	Vicedirektør	Danske Regioner
Peter Munch Jensen	Afdelingschef, Digitale løsninger	Sundhedsdatastyrelsen
Pia Ravnsbæk Bjærge	Sygeplejefaglig konsulent	Randers Kommune, Sundhed, kultur og omsorgsforvaltningen
Mette Touborg	Sygehusdirektør	Region Sjælland
Susanne Dahl	Ledende Sundhedsplejerske	FALS, Foreningen af Sundhedsledere

Jeanett Bauer	Stabslæge, ph.d., psykiatri	Region Hovedstadens Psykiatri
Christian B. Laursen	Klinisk professor, overlæge, ph.d., Lungemedicin	SDU
Jens Hillingsø	Ledende overlæge, Organkirurgi og Transplantation	Rigshospitalet
Stella Hansen	Direktør	Helsingør Kommune
Sille Christine Kloppenborg	Projektchef	Fredericia Kommune
Trine Klindt	Næstformand og redaktør	Fagligt Selskab af kliniske diætister
Tanja Malene Popp	Enhedschef, Primære sundhedsvæsen	Sundhedsstyrelsen
Line Riddersholm	Sektionsleder, Primære sundhedsvæsen	Sundhedsstyrelsen
Cecilie Juul	Chefkonsulent, Primære sundhedsvæsen	Sundhedsstyrelsen
Susanne Vest	Overlæge, Sygehusplanlægning	Sundhedsstyrelsen
Anna Bachmann Boje	Chefkonsulent, Sygehusplanlægning	Sundhedsstyrelsen

Bilag 3: Begrebsafklaring

I nedenstående gennemgås benyttede begreber i oplægget.

Nærhospital

Sundhedsstyrelsen definerer et nærhospital som:

"en institution, der både leverer ambulante sygehusfunktioner under lægeligt ansvar og udvalgte kommunale sundhedsindsatser og evt. indsatser på praksisområdet."

Sygehus

Sundhedsstyrelsen definerer et sygehus som:

"En institution som varetager behandling af sygdom og skade under lægeligt ansvar, og hvor der kan tilbydes indlæggelse".

Decentral ambulant funktion i et nærhospital

Ambulant funktion på hovedfunktionsniveau, der varetages decentralt i nærhospitalet fra akutsygehuset.

Udefunktion

Nogle sygehusfunktioner kan varetages som udefunktioner eller som udgående funktioner. Udefunktion er i "Specialeplanlægning: Begreber-principper-krav" defineret i forhold til specialfunktioner, som Sundhedsstyrelsen ifølge sundhedsloven kan stille krav til, herunder til matrikelspecifik placering. I en udefunktion varetager et behandlerteam fra den matrikel, der varetager en specialfunktion, i begrænset omfang funktionen på en anden matrikel. Det kan fx være en ambulatoriefunktion, hvor behandlerteamet fra den matrikel, der er godkendt til at varetage af specialfunktioner, også varetager funktionen på anden matrikel.

Kommunal sundhedsindsats

Sundhedsstyrelsen definerer en kommunal sundhedsindsats som:

"En kommunal sundhedsindsats kan omfatte forebyggelse, opsporing, behandling, genoptræning, pleje, sygepleje, palliation og rehabilitering af nedsat funktionsevne eller risiko for nedsat funktionsevne. Indsatsen ydes typisk af sundhedsfaglige medarbejdere i kommunen, enten på en kommunal adresse eller i borgerens eget hjem – fysisk eller virtuelt"

Indsatser for almen praksis

Almen praksis varetager forebyggelse, diagnostik, behandling, palliation og opfølgning for mange sygdomme og er patientens frie og uvisiterede kontakt til sundhedsvæsenet. Almen praksis har samtidig funktionen med at visitere patienter videre til sygehuset samt overtage opfølgning af visse patientgrupper efter enten indlæggelse eller ambulant diagnostik og forløb. Almen praksis henviser endvidere til kommunale forebyggelsestilbud.

Indsatser for speciallægepraksis

Speciallægepraksis er den specialiserede del af praksissektoren. Speciallægepraksis varetager dele af funktioner på hovedfunktionsniveau i lokalmiljøet. Speciallægepraksis dækker over 14 specialer, som blandt andet praktiserende øjenlæger, øre-næse-halslæger og gynækologer. Der kræves for patienten henvisning fra almen praksis til speciallægepraksis – bortset for til øjenlægepraksis og øre-næse-halslægepraksis. Der varetages forebyggelse, diagnostik, behandling og opfølgning for de sygdomme, som ligger inden for det område som den enkelte speciallægepraksis varetager. Speciallægepraksis kan henvise til sygehuset, men sygehuset kan ikke henvise til speciallægepraksis til opfølgning.

Speciallægepraksis indgår som en integreret del af sundhedsvæsenet og i forpligtende tværfagligt og tværsektorielt samarbejde med fokus på sammenhængende forløb.

Bilag 4: Kommunale indsatser

Forebyggelse

Forebyggelse medvirker til at sikre flest mulige mennesker gode og sunde leveår. Derfor spiller tidlige, forebyggende indsatser en afgørende rolle inden for mange forskellige områder i det danske sundhedsvæsen. Kommunerne har det primære ansvar for borgerrettet forebyggelse i Danmark. Kommunerne skal tilbyde udbyggende, synlige og tilgængelige sundhedstilbud og har ansvar for at række ud til borgere gennem deres egen indsats og gennem partnerskaber med lokale virksomheder, foreninger og frivillige.

Sundhedsstyrelsens 'Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom' beskriver forebyggende kommunale tilbud til borgere med kroniske sygdomme.

Anbefalingerne er ikke sygdomsspecifikke, men omhandler kronisk sygdom generelt. Visse forebyggelsestilbud kan tilbydes raske borgere. Dette gælder især i relation til anbefalingerne om alkohol og rygeafvænning. Disse tilbud kan samtænkes med nærhospitalernes sygehusfunktioner for patientgrupper med kroniske sygdomme.

Desuden indeholder Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker anbefalinger til kommunernes brede forebyggende og sundhedsfremmende tilbud, som ligeledes kan samtænkes med sygehusfunktionerne for nærhospitalernes patientgrupper. Der er forebyggelsespakker på 11 områder, herunder alkohol, tobak, misbrug, overvægt, madvaner/ernæring, mental sundhed, seksuel sundhed mv.

Genoptræning

Formålet med genoptræning er, at borgeren opnår den bedst mulige funktionsevne eller i bedste fald samme funktionsevne som før, så patienten kan vende tilbage til sin hverdag på den bedst mulige måde.

Genoptræning omfatter træning af kroppens funktioner og træning af aktiviteter, dvs. træning af funktionsnedsættelser i relation til fx bevægeapparatet og aktivitetsbegrænsninger. Genoptræning udgør ofte en del af en bredere rehabiliteringsindsats, på linje med andre tilbud som samlet har det formål at forbedre eller vedligeholde borgerens funktionsevne.

Der findes forskellige niveauer af genoptræning, som bl.a. afhænger af patientens funktionsevne efter udskrivelse fra sygehuset. Det er kommunerne, der har ansvaret for at tilbyde den almene genoptræning og den specialiserede rehabilitering.

Kommunal sygepleje

Formålet med den kommunale hjemmesygepleje er at forebygge sygdom, fremme sundhed, yde sygepleje og behandling, rehabilitering og palliation til borgere, der har behov for det. Hjemmesygepleje ydes til borgere i alle aldre i tilfælde af akut eller kronisk sygdom, hvor sygeplejefaglig indsats er påkrævet.

Sundhedspleje

Den kommunale sundhedspleje tilrettelægger forebyggende sundhedsydelser, som kan bidrage til at sikre børn og unge en sund opvækst og skabe gode forudsætninger for en sund voksentilværelse. Sundhedsplejen tilbyder graviditetsbesøg til alle gravide med særlige problemstillinger – herunder social sårbare og udsatte gravide. Herudover tilbyder sundhedsplejersken besøg efter fødslen og derefter tilsyn med barnets, mors og familiens trivsel.

HØRINGSUDKAST

