

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: 978-87-7014-480-3

Sprog: Dansk

Version: 1.0

Versionsdato: 29.09.2022

Format: pdf

Foto: Sundhedsstyrelsen

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
Oktober 2022

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	5
1.1. Baggrund.....	5
1.2. Lov- og aftalemæssig forankring	8
1.3. Læsevejledning.....	12
2. Udfordringer og omstilling af sundhedsvæsenet	13
2.1. Status og udfordringer.....	13
2.2. Omstilling af sundhedsvæsenet og nærhospitalernes rolle heri	17
3. Principper for nærhospitaler	19
3.1. Geografisk og fysisk placering af nærhospitaler	20
3.2. Sundhedstilbud i nærhospitalerne.....	21
3.3. Kvalitet i nærhospitalernes sundhedstilbud	23
4. Forudsætninger for sammenhængende forløb i nærhospitaler	25
4.1. Tiltag til understøttelse af sammenhængende patientforløb ved etablering af nærhospitaler	26
5. Målgrupper, funktioner og indsatser	30
5.1. Funktioner og indsatser i nærhospitaler	31
5.2. Tværgående funktioner og udstyr	32
5.3. Udvælgelse af patientforløb til nærhospitalerne	33
5.4. Udvalgte indsatser på hovedfunktionsniveau og kommunale sundhedsindsatser	35
6. Kompetencer	42
6.1. Fleksibel og ændret brug af kompetencer	42
6.2. Kvalitet, samarbejde og organisering	42
6.3. Principper for kompetencer på nærhospitaler	44
6.4. Kompetencer i nærhospitaler	45
7. Digital understøttelse	48
7.1. Apparatur og udstyr på nærhospitalerne	49
7.2. Sammenhæng på nærhospitalerne gennem øget datadeling	49
7.3. Behandling i eget hjem gennem digitale løsninger	50
7.4. Rammevilkår og incitamenter	52
8. Opfølgning og evaluering	53
Bilagsfortegnelse	54

Bilag 1: Kommissorium for følgegruppen

Bilag 2: Følgegruppens medlemmer

Bilag 3: Begrebsafklaring

Bilag 4: Kommunale indsatser

1. Indledning

1.1. Baggrund

Hele sundhedsvæsenet står over for en stor omstilling de kommende år, hvor flere opgaver skal kunne løftes af blandt andet 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 kræver et endnu stærkere primært sundhedsvæsen med 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 samlede sundhedsvæsen står overfor.

Det primære sundhedsvæsen er en integreret del af det samlede sundhedsvæsen og sikrer lige adgang til sundhedsydelser tæt på, hvor befolkningen bor og arbejder. Det primære sundhedsvæsen tilbyder helhedsorienteret forebyggelse, behandling og rehabilitering og udgør både den første kontakt mellem borger og sundhedsvæsen og den løbende og kontinuerlige indsats. Det primære sundhedsvæsen består af indsatser i kommuner, almen praksis, privatpraktiserende sundhedsprofessionelle mv. og understøttes af udgående funktioner, rådgivning mv. fra sygehusene.

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 'Sundhedsreformen - Et sammenhængende, nært og stærkt sundhedsvæsen' af 20. maj 2022 blev indgået en politisk aftale om etablering af op til 25 nærhospitaler og dertil er der indgået aftale om udmøntningen og implementeringen af Sundhedsreformen mellem regeringen, Danske Regioner og KL d. 13. juni 2022. Af aftalen om Sundhedsreformen 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 på tværs af sektorer samt øge tilgængeligheden til de 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 under hensyntagen til, at der er udfordringer med personalemangel i sundhedsvæsenet, herunder rekruttering og fastholdelse. Fastholdelse af den samme kvalitet betyder således ikke, at indsatsen forventes etableret i nærhospitalet på samme måde, som den varetages på akutsygehuset, kommunen mv. (1:1). Det betyder, at der bør være fokus på at fastholde den sundhedsfaglige kvalitet i indsatsen, samtidig med at den tilrettelægges på nye måder og/eller varetages af andre kompetencer.

Visse patienter¹ med enten fysisk og/eller psykisk sygdom vil således få mindre geografisk afstand til sygehusydelse i de områder af landet, hvor nærhospitalerne placeres. Ud over nærhed i form af reduceret geografisk afstand, kan der desuden skabes nærhed gennem virtuelle løsninger og udgående funktioner fra såvel nærhospitalet og fra akutsygehuset som det allerede sker i dag. Behovet for dette må blandt andet afhænge af patienternes vurderede behov, digitale kompetencer og adgangsmuligheder samt hensyn til personaleressourcer.

Nærhospitalerne vil blive 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 jf. aftalen gå til både ombygning og nybyggeri samt investeringer i IT, teknologi og udstyr til undersøgelser, behandling samt gode og trygge rammer for patienter med både fysiske og psykiske sygdomme, herunder tryghedsskabende indretning. Nærhospitalerne skal drives inden for regionernes og kommunernes eksisterende økonomiske ramme. 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 7 beskrives forudsætninger for digital understøttelse i forbindelse med etablering af nærhospitaler.

Formålet med denne publikation *Faglig ramme for etablering af nærhospitaler (2022)*, er både at beskrive den organisatoriske og sundhedsfaglige ramme for nærhospitaler og derudover at understøtte den efterfølgende udarbejdelse af ansøgningskriterierne til nærhospitalspuljen. Den faglige ramme skal ses som en uddybning og kvalificering af Sundhedsstyrelsens skitse til fagligt oplæg for nærhospitaler fra foråret 2021.

Den faglige ramme indeholder anbefalinger til, hvilke kerneopgaver, der forventes at være i nærhospitalerne. Disse formuleres som indsatser, der bør være til stede. Det beskrives således, hvilke indsatser på hovedfunktionsniveau, der *bør* være til stede i alle nærhospitaler og at der samtidig *bør* etableres kommunale sundhedsindsatser ud fra en vurdering af, hvilke kommunale indsatser der kan bidrage til at skabe sam-

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

² Sundhedsreformen, maj 2022, aftaletekst

menhæng i patienternes forløb. De kommunale sundhedsindsatser er således beskrevet overordnet og generelt i den faglige ramme. Der indgår herudover eksempler på andre indsatser på hovedfunktionsniveau, der *kan* etableres på matriklen afhængigt af lokale ønsker og forhold. Disse er formuleret som *kan*-indsatser, da der ikke er en forventning om, at de etableres på alle nærhospitaler.

I de regionale og kommunale ansøgers dialog om, hvilke indsatser på hovedfunktionsniveau, der etableres i nærhospitalet, bør det således indtænkes, hvilke kommunale indsatser, der sammen med indsatserne på hovedfunktionsniveau, vil kunne bidrage til sammenhængende forløb. Udover regionale og kommunale indsatser kan indsatser, der varetages af andre sundhedsfaglige aktører, indtænkes i nærhospitalet. Den faglige ramme beskriver f.eks. også, at praksisområdet kan indgå, herunder f.eks. almen praksis og andre praktiserende speciallæger, samt patientforeninger og andre aktører i civilsamfundet, som bidrager i det samlede patientforløb. Disse kan derfor også inddrages i ansøgningsprocesser i forhold til nærhospitalspuljen. I den faglige ramme indgår endvidere en uddybning, i det omfang det har været muligt, af de faglige kompetencer og udstyr (apparaturer, IT-løsninger mv.), som benyttes bredt for at kunne varetage kerneopgaverne og andre indsatser i nærhospitalet.

Sundhedsvæsenet oplever ressourcemæssige udfordringer med hensyn til personalemangel. Sundhedsstyrelsen vurderer, at det ifm. etablering og drift af nærhospitaler er nødvendigt at nytænke patientforløb og måden sundhedsindsatser leveres på.

Af ressourcemæssige hensyn skal organiseringen af sundhedsindsatser i nærhospitalet derfor ske 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 nærhospitaler*, indeholder anbefalingerne ikke detaljerede beskrivelser af konkrete patientforløb i nærhospitalet. Sådanne beskrivelser ligger uden for den faglige ramme.

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 implementeringen af nærhospitaler sker i forskellige tempi og det er derfor vigtigt, at der over de kommende år sikres erfaringsudveksling og vidensdeling med henblik på kvalitetsudvikling og ensartethed. Idet der ikke er udarbejdet nationale forløbsbeskrivelser for nærhospitaler, kan regionerne i samarbejde med kommunerne overveje at udarbejde forløbsbeskrivelser, som derpå vil kunne danne baggrund for nationale beskrivelser på sigt. Sundhedsstyrelsen henviser desuden til gældende nationale anbefalinger og retningslinjer, f.eks. 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

1.2.1. Sundhedsklynger og sundhedsaftaler

Lovforslaget om oprettelsen af 22 sundhedsklynger trådte i kraft d. 1. juli 2022³. Jf. den politiske aftale er formålet med dette initiativ at etablere forpligtende og formaliserede 'sundhedsklynger' omkring hvert af de 21 akutsygehuse, hvor sygehuse/region, kommunerne og almen praksis i akutsygehuseets 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 sundhedsklyngerne være en drivende kraft for styrket forebyggelse, kvalitet og omstilling til det nære sundhedsvæsen.

De formaliserede sundhedsklynger vil, sammen med Sundhedssamarbejdsudvalgene, således udgøre den strukturelle ramme for det tværsektorielle samarbejde på sundhedsområdet, herunder for organiseringen og samarbejdsstrukturen omkring nærhospitaler. De vil desuden kunne skabe et grundlag for at drøfte øvrige tiltag, der skal bidrage til at sikre sammenhæng på tværs af sektorerne. I sundhedsklyngerne drøftes 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.

Sundhedsaftalerne⁴, som regioner og kommuner er forpligtet til at indgå, fastsætter målsætninger og rammer for samarbejdet på sundhedsområdet mellem regioner og kommuner, herunder almen praksis. Sundhedsaftalerne kan på sigt bruges som ramme for det videre samarbejde om nærhospitalerne. Regionsrådene og kommunalbestyrelserne har ansvaret for det konkrete samarbejde i nærhospitalerne samt

⁴ Fastlagt i sundhedslovens §§ 203-205 samt i Bekendtgørelse nr. 679 af 30. maj 2018 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

for, hvordan nærhospitalet indgår i hospitalsplanerne og den kommunale planlægning.

1.2.2. 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 sygehuse. 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.

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. Praksisplaner for almen praksis, som udarbejdes i samarbejde med kommunerne, er særskilt nævnt i sundhedsloven, hvor der er krav om, at praksisplaner for almen praksis skal sendes til Sundhedsstyrelsen, der har til opgave at rådgive regionerne vedrørende praksisplanernes udformning, inden de vedtages.

Nærhospitalet karakteriseres blandt andet ved at indeholde ambulante sygehusfunktioner under lægeligt ansvar, udvalgte kommunale indsatser samt evt. indsatser på praksisområdet og ved andre aktører til sundhedsvæsenets brugere. Indsatser på hovedfunktionsniveau, 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 og etableret som en decentral ambulant funktion. Hovedfunktionsniveau er defineret i Sundhedsstyrelsens "Specialeplanlægning: Begreber, principper og 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 ressourceforbruget ikke

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

giver anledning til en samling af ydelserne på specialfunktionsniveau. Det forventes, at nærhospitalets indsatser på hovedfunktionsniveau fra akutsygehuset enten vil være decentrale ambulante funktioner eller udgående funktioner, som kan leveres fra såvel nærhospitalet som akutsygehuset. Specialfunktioner tildeles matrikelspecifikt til sygehuse og skal derfor godkendes af Sundhedsstyrelsen. En udefunktion er i "Specialeplanlægning: Begreber, principper og krav" defineret i forhold til specialfunktioner, som Sundhedsstyrelsen ifølge sundhedsloven kan stille krav til, herunder til matrikelspecifik placering. 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 f.eks. 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 Sundhedsstyrelsen skal orienteres af regionen om dette.

1.2.3. Kommunale indsatser i forhold til sundhedslov og afgrænsning

Kommunerne skal efter sundhedsloven tilvejebringe tilbud om sundhedsydelser. Det drejer sig blandt andet om forebyggende tilbud og sundhedsfremme til borgerne, blandt andet borgere med kronisk sygdom, sundhedspleje til børn, tandpleje til børn og visse grupper af sårbare voksne, hjemmesygepleje, herunder akutfunktioner, samt genoptræning og rusmiddelbehandling. Desuden har kommunerne ansvar for, ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne, at skabe rammer for en sund levevis. Se evt. en uddybende beskrivelse af disse kommunale sundhedsopgaver i bilag 4.

Alle kommuner har politisk vedtagne strategier eller politikker, som omfatter det primære sundhedsvæsen. Kommunerne arbejder med planlægning af tilbud og rammer ud fra den politisk vedtagne ramme og de tilgængelige faglige retningslinjer, vejledninger osv. Planlægningen sker også ud fra et hensyn til borgernes ressourcer og samlede behov, f.eks. ved sammenhæng i indsatser mellem sundhedsområdet og social-, beskæftigelse- og andre områder.

Kommunernes tværsektorielle samarbejde på sundhedsområdet organiseres i blandt andet sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg samt i henhold til sundhedsaftalerne, der indgås med regionerne hvert fjerde år. Kommunerne er desuden involveret i udarbejdelsen af praksisplanen for almen praksis.

I den faglige ramme for nærhospitaler fokuseres der overvejende på indsatser efter sundhedsloven, herunder kommunale sundhedsindsatser. Indsatser efter anden lovgivning beskrives kun, såfremt der samtidig er et behov for sundhedsfaglig viden og kompetencer i forhold til denne indsats og at der således er en sammenhæng med sundhedsindsatserne.

1.2.4. Barrierer og muligheder for kommuner og regioners samdrift af indsatser i sundhedsvæsenet

I den nuværende lovgivning på sundhedsområdet er der en række barrierer og muligheder for samdrift (fælles finansiering og fælles ledelse) mellem regioner og kommuner. Med henblik på at kunne understøtte sammenhængende patientforløb i nærhospitaler beskrives visse juridiske barrierer og muligheder i den relevante lovgivning nedenfor.

På det organisatoriske niveau er sundhedsvæsenet tilrettelagt 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.

Myndighedsansvaret kan således ikke overdrages mellem kommuner og regioner, som derfor ikke, som udgangspunkt, kan overtage ansvaret for at løse opgaver i sundhedsvæsenet fra hinanden.

Inden for den gældende lovgivning eksisterer der dog 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.

For så vidt angår samarbejde mellem sundhedspersoner kan det nærmere undersøges, hvad mulighederne er indenfor:

- Faktisk forvaltningsvirksomhed, hvor sundhedspersoner fra region og kommune kan samarbejde om og overlade udførelsen af visse opgaver til hinanden. Dette forudsætter klare aftaler og utvetydigt ledelses- og økonomiansvar, rette personalekompetencer og at lovgivningen ikke er til hinder for en sådan aftale
- Delegation af sundhedsfaglig virksomhed under forudsætning af, at særlige krav hertil overholdes.

Den gældende lovgivning rummer umiddelbart ikke muligheder for, at der kan skabes en samlet fælles løsning/funktion med fælles ledelse, myndighedsudøvelse og økonomi mellem regioner og kommuner. Andre muligheder for fælles løsninger,

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

1.3. Læsevejledning

Kapitel 2 starter 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 3 principperne for nærhospitaler, der ligger til grund for de forudsætninger, der beskrives for sammenhængende forløb og samarbejde i kapitel 4 samt for anbefalinger til målgrupper, funktioner og indsatser, som beskrives i kapitel 5.

I kapitel 6 beskrives de kompetencer, som bør være tilstede i et nærhospital, herunder behovet for fleksibel og ændret brug af kompetencer, og endelig omhandler kapitel 7 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 8.

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

2. Udfordringer og omstilling af sundhedsvæsenet

2.1. Status og udfordringer

2.1.1. 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 patienter 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 i forhold til at sikre pleje, forebyggelse, behandling og rehabilitering til patienter med kroniske sygdomme på tværs af landet, at mindske den sociale og geografiske ulighed i sundhed og at opretholde kvaliteten i sundhedstilbuddene. Dette samtidig med, at der er udfordringer med rekruttering og fastholdelse af personale i sundhedsvæsenet.

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 i forhold til 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 midlertidigt, at det kan være svært at få en praktiserende læge i nærområdet.

Der er med aftalen om Sundhedsreformen enighed blandt aftalepartierne om at igangsætte et analysearbejde vedr. styrkelse og udvidelse af kapaciteten i almen praksis frem mod 2035. Dette med henblik på at understøtte de praktiserende læger i at håndtere øget kompleksitet i opgaver og i at overtage nye opgaver. Som følge af den demografiske udvikling forventes der f.eks. 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 i forhold til patienter med henholdsvis type 2-diabetes og KOL. Analysearbejdet skal dermed understøtte omstillingen til det nære sundhedsvæsen, herunder understøtte opgaveudvikling og tilgængelighed i almen praksis samt samarbejde og opgavevaretagelse mellem kommuner og almen praksis.

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

og koordinering til almen praksis og kommunerne. Der er store geografiske forskelle i antallet af praktiserende speciallæger, som er størst i og omkring de store byer.

I forhold til at opretholde den sundhedsfaglige kvalitet 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 blandt andet 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 modtager lige så meget behandling eller har samme udfald af behandlingen som øvrige patienter^{7, 8}.

På den måde kan den sociale ulighed yderligere forstærkes⁹, og der er dokumenteret viden om, at blandt andet afstand og udbud af ydelser påvirker brugen af sundhedsydelser¹⁰.

Samlet set er der en række strukturelle udfordringer i sundhedsvæsenet¹¹, 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, herunder mulighed for anden varetagelse, blandt andet så nogle kan varetages tættere på patienternes hjem. Nærhospitaler er én af flere udviklingsmuligheder og løsninger.

2.1.2. Lang afstand til sygehustilbud 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

⁷ [Social ulighed i sundhed og sygdom \(sst.dk\)](#)

⁸ [Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet \(sst.dk\)](#)

⁹ Larsen et al. 2018

¹⁰ Indsatser mod ulighed i sundhed, Sundhedsstyrelsen 2020.

¹¹ 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.

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 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 udvikling af nationale rammer for de sygehusfunktioner, der varetages 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 har kompetencer og ressourcer til at modtage og varetage et evt. fortsat behandlingsbehov, ligesom det stiller krav til en god overgang fra sygehusbehandling til det primære sundhedsvæsen.

Der er igennem en årrække sket en omlægning, hvor sygehusindlæggelserne omlægges til ambulante behandling, idet det har vist sig hensigtsmæssigt. Som følge heraf er der dimensioneret 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, f.eks. 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 sådanne behandlinger, vurderet i forhold til brug af ressourcer.

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. Mange patienter vil således være nødt til at tage frem og tilbage til de forskellige behandlinger adskillige gange i løbet af deres ofte lange sygdomsforløb, hvilket kan være belastende, især da behandlingsstederne kan være spredt på flere matrikler.

Sundhedsvæsenet er således blevet mere fragmenteret og det giver en udfordring i forhold til vidensdeling på tværs af sektorer, herunder koordinering og sammen-tænkning af indsatser. På trods af ovenstående regionale tiltag er der desuden fortsat en strukturel udfordring med lang afstand for nogle patienter til de almindelige sygehusstilbud.

2.1.3. 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 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, f.eks. 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 blandt andet 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 af fællesskab. Der er behov for at følge op på sådanne tiltag, herunder hvordan de bidrager i forhold til at mindske eller øge ulighed i sundhed.

For at understøtte en omstilling til det primære sundhedsvæsen er der imidlertid fortsat behov for, at sygehusene i højere grad vender sig udad mod det primære sundhedsvæsen 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, f.eks. 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, speciallægepraksis og sygehuse. Både regioner, kommuner og praksissektor har gennem længere tid arbejdet med og udviklet flere digitale indsatser, f.eks. virtuelle konsultationer med praktiserende læge, træning hvor borgeren træner via en virtuel opkobling og skærmbesøg i den kommunale sygepleje samt udvidet brug af telemedicinske løsninger til patienter med f.eks. hjertesvigt. Covid-19-pandemien satte skub i udviklingen af digitale indsatser og der blev iværksat en lang række tiltag både i relation til udredning og behandling af patienter med covid-19 samt patienter med andre sygdomme og tilstande. Disse tiltag kan blandt andet være med til at danne grundlag for udviklingen fremadrettet, idet telemedicin gør det muligt for flere forskellige faggrupper at levere udvalgte sundhedsydelse over afstand uafhængigt af geografien.

Det er imidlertid forsat en væsentlig udfordring, at sundhedsvæsenets sektoropdelte organisering vanskeliggør samarbejdet på tværs, herunder koordinering, vidensdeling og kompetenceudvikling gennem det daglige arbejde, hvor faggrupperne kan lære af hinanden.

2.2. 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 det primære sundhedsvæsen. I Danmark har vi allerede i flere år arbejdet med at rykke sundhedstilbud tættere på borgerne, blandt andet i en række sundhedshuse. Nærhospitaler bygger blandt andet på de foreløbige erfaringer fra de eksisterende tværsektorielle sundhedshuse.

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 kompetencer på sygehusene kan understøtte 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 på tværs af sektorer.

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 og sikre lettere tilgængelige sundhedstilbud i det primære sundhedsvæsen. Nærhospitaler skal således integreres i det eksisterende sundhedsvæsen som en del af både sygehusvæsenet 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 blandt andet varetages på nye måder med en oprettholdelse 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 ved brug af telemedicinske og virtuelle løsninger til såvel patient som til det primære sundhedsvæsen. Formålet

med anvendelse af virtuelle og telemedicinske løsninger i nærhospitalerne og akutsygehusene er blandt andet at bidrage til at understøtte patienternes egenmestring og reducere deres behov for opfølgende besøg og indlæggelser. Samtidig kan udgående funktioner varetages fra nærhospitalerne og akutsygehusene 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 akutsygehusene bliver lettere tilgængelige i det primære sundhedsvæsen ved at komme tættere på både patienter og fagpersoner og ved i højere grad at kunne bidrage med rådgivning mv. Kommunerne kan f.eks. 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 samtidig 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 praksissektoren, hvilket både gælder i forhold til fysiske og psykiske sygdomme. Dette vil forårsage organisatoriske udfordringer samt skabe ulighed og uensartethed i sundhedstilbuddene. Der bør derfor være fokus på at styrke det tværsektorielle samarbejde og sikre mere sammenhængende og koordinerede forløb generelt for alle patienter og ikke kun for de patienter, der får sundhedstilbud i nærhospitalerne. Ensartethed i samarbejdsstrukturer på det lokale sundhedsområde kan f.eks. drøftes og koordineres i sundhedsklyngerne.

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.

3. Principper for nærhospitaler

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

- 1. En ny struktur i sundhedsvæsenet.** Nærhospitaler 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 sundhedsvæsen.
- 2. En del af omstillingen af sundhedsvæsenet.** Nærhospitaler vil gennem en innovativ og ændret opgavevaretagelse af patientens forløb indgå, så mere kan ske nært og tværsektorielt gennem øget mulighed for tæt samarbejde og gensidig sparring på tværs af de regionale og kommunale kompetencer. For en stor del af indsatserne på hovedfunktionsniveau vil der ikke være tale om 1:1 udflytning, idet opgavevaretagelsen nytænkes i forhold til kompetencer, fysisk eller virtuel tilstedeværelse og samarbejde, med fokus på hensigtsmæssig drift og ressourceudnyttelse.
- 3. Indsatser på hovedfunktionsniveau er koblet op på et akutsygehus eller den regionale psykiatri.** Det regionale personale arbejder som udgangspunkt på tværs af akutsygehus/den regionale psykiatri og nærhospital. Hovedparten af personalet arbejder primært på akutsygehuset eller den regionale psykiatri og bruger desuden en del af deres arbejdstid på indsatser i nærhospitalet enten fysisk eller virtuelt. Indsatserne varetages på hovedfunktionsniveau i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning. Nærhospitalernes indsatser på hovedfunktionsniveau kan følges gennem regionernes sygehusplanlægning.
- 4. Funktioner og indsatser har samme kvalitet** i nærhospitaler, som de funktioner og indsatser, der ydes uden for nærhospitalet (på akutsygehuse/den regionale psykiatri, kommuner og praksisområdet). Nærhospitalerne er således koblet op på de rammer for kvalitet (retningslinjer o.l.), som eksisterer i den sektor, der har myndighedsansvaret. Patienterne bør således få ensartet kvalitet i alle dele af forløbet, uanset om den konkrete indsats leveres på nærhospitalet, akutsygehuset eller på andre lokationer i kommunen eller praksissektoren.
- 5. Øget nærhed til sundhedstilbud.** Ved at placere indsatser på hovedfunktionsniveau og kommunale indsatser i nærhospitalet, fysisk eller gennem virtuelle løsninger vil nærhospitaler være med til at skabe øget tilgængelighed

til sundhedstilbud. Det er en generel udvikling i sundhedsvæsenet, at sundhedstilbud rykker tættere på borgerne, fysisk eller virtuelt, hvilket nærhospitalerne bidrager til at understøtte. Nærhospitaler bør således rumme tilstrækkelig digital understøttelse af indsatserne til at kunne bidrage til omstillingen af sundhedsvæsenet, hvor indsatser på hovedfunktionsniveau, kommunale indsatser og indsatser på praksisområdet ydes på nye måder.

6. **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 ved brug af virtuelle løsninger. Nærhospitalet skal således bidrage til at etablere samarbejdsstrukturer, som bidrager til at skabe synergi mellem indsatser på hovedfunktionsniveau, kommunale indsatser, praksisområdet mv., hvilket understøtter sammenhængende forløb for patienterne.
7. **Bidrager til at mindske ulighed i sundhed.** Ved at understøtte kortere geografisk afstand og lettere adgang for patienter til nogle indsatser på hovedfunktionsniveau via udgående eller digitale løsninger samt ved flere samtidige regionale og kommunale indsatser på samme sted vil nærhospitalet bidrage til at mindske ulighed i sundhed.
8. **Tilbud om planlagte (elektive) ikke-akutte ambulante ydelser.** Der vil være 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.
9. **Mulighed for nyskabelse og innovation.** Nærhospitaler giver mulighed for, at regioner og kommuner kan være nyskabende og innovative i forhold til indsatser, ressourcer, tværfaglige samarbejder, kompetencer mv. Kompetencer kan f.eks. 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.
10. **Geografisk placering.** Nærhospitalet 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 patientgrundlag i forhold til den enkelte funktion/indsats.

3.1. Geografisk og fysisk placering af nærhospitaler

Med henblik på at få det fulde udbytte af nærhospitalerne lægges en række faktorer til grund for den konkrete placering. Nogle af nedenstående punkter kan ses som en uddybning af princip 10 for geografisk placering af nærhospital.

Nogle af følgende faktorer bør således være tilstede i de områder, hvor der etableres et nærhospital:

- mange patienter der har stor geografisk afstand og/eller der er en vanskelig infrastruktur til akutsygehus
- et tilstrækkeligt patientvolumen til at kunne opretholde funktioner og indsatser i nærhospitalet og en demografisk udvikling, der f.eks. 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 lettere tilgængelige sundhedstilbud i det primære sundhedsvæsen

Nærhospitaler kan både etableres i eksisterende bygninger (f.eks. nedlagte sygehuse, nuværende sundhedshuse o.l.) hvor der evt. bygges om og til, eller kan forudsætte nybyggeri. Nærhospitaler kan fysisk etableres i relation til eksisterende sundhedstilbud, hvor det understøtter ovenstående principper for nærhospitaler.

3.2. Sundhedstilbud i nærhospitalerne

Sundhedstilbuddet i nærhospitalet består af udvalgte indsatser på hovedfunktionsniveau 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 til indsatser på hovedfunktionsniveau og i praksissektoren. Kommunerne er forskellige, hvad angår størrelse, geografi, kapacitet, befolknings- og ressourcemæssige forudsætninger samt erfaringer med forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser og det kan derfor være hensigtsmæssigt, at kommunerne indgår et tværkommunalt samarbejde. Det kan f.eks. 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 tilbud¹². I disse tilfælde kan eksisterende eller nyoprettede tværkommunale indsatser med fordel placeres i nærhospitalerne.

Endvidere bør andre kommuners borgere også kunne benytte de regionale funktioner i nærhospitalet, hvis det giver mere nærhed for patienten. Andre kommuners borgere kan også benytte nærhospitalets kommunale sundhedsindsatser, hvis der er

¹² Sundhedsstyrelsen, 2016: Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom

etableret tværkommunale tilbud, hvilket kan ske efter lokal dialog mellem de pågældende kommuner/regioner. Der bør her 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, f.eks. fra det tværkommunale g-kommune-samarbejde i Region Hovedstaden, der kan indhentes inspiration fra.

Ved etablering af nærhospitaler er der potentiale for, at almen praksis kan indgå bedre som samarbejdspart i forhold til patientforløbene i det samlede sundhedsvæsen, enten ved at være fysisk til stede i nærhospitalet eller ved at kunne samarbejde med nærhospitalets parter via virtuelle løsninger eller andre forbedrede samarbejdsstrukturer. Desuden bør det afsøges, om speciallægepraksis kan etableres fysisk i nærhospitalerne, da de varetager en række relevante indsatser på hovedfunktionsniveau. Det vil enten kunne ske ved etablering af nye ydernumre bundet til nærhospitaler, ved at aftale flytning af eksisterende speciallægepraksis til nærhospitaler eller ved at aftale, at speciallægepraksis har satellitpraksis i nærhospitalet f.eks. en dag om ugen i samarbejde med andre praktiserende speciallæger. Den nye overenskomst mellem praktiserende speciallæger og regionerne giver flere muligheder for dette og understøtter desuden et tættere samarbejde mellem praktiserende speciallæger og almen praksis, herunder for i højere grad at kunne konferere med almen praksis om patienter og for at kunne vurdere patienter ved enkeltstående konsultationer og derved komme med anbefalinger om det videre forløb.

Det er en fordel, hvis almen praksis og udvalgte speciallægepraksis 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. En tættere knytning mellem praktiserende speciallæger og akutsygehusene vil desuden bidrage til vedligeholdelse af den faglige kvalitet uden for akutsygehusene. 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 ambulansetilbud, behandling og rehabilitering på hovedfunktionsniveau i dag- og evt. aftentimer af både fysiske og psykiske sygdomme for visse patientforløb eller dele af disse. Det er vigtigt, at personalet i nærhospitalerne som udgangspunkt også varetager funktioner på akutsygehuset for at opnå den samme kvalitet i opgavevaretagelsen begge steder. I forhold til udvalgte funktioner på hovedfunktionsniveau kan fast personale evt. overvejes. Dette skal midlertidigt ske i en balance mellem at sikre tilstrækkelige personaleresourcer på såvel akutsygehus som på nærhospital. Nærhospitalerne har ikke sengepladser

eller døgnbemandede funktioner ud fra et kvalitets-, ressource- og driftsmæssigt hensyn.

Der vil som udgangspunkt 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 f.eks. indebærer et øget tværfagligt samarbejde. Det betyder f.eks., 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 f.eks. være sygeplejersker, der varetager nye opgaver med supervision fra læge på akutsygehuset, se uddybet eksempel i kapitel 6. Nærhospitaler 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 af funktioner og indsatser fra regioner, kommuner og praksisområdet 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 blandt andet i forhold til at sikre, at der ikke opstår problemer med borgernes medicin i sektorovergange.

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 er mulig og kan understøtte kvalitet og sammenhæng uden øget brug af personaleressourcer.

3.3. Kvalitet i nærhospitalernes sundhedstilbud

Det er et afgørende princip, at nærhospitalernes indsatser på hovedfunktionsniveau, kommunale sundhedsindsatser mv. har samme høje kvalitet i behandlingen som på akutsygehusene, i kommunerne mv. I forhold til de decentrale ambulante indsatser på hovedfunktionsniveau er det derfor 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 decentrale ambulante indsatser på hovedfunktionsniveau 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 indsatser på hovedfunktionsniveau 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 det primære sundhedsvæsen 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 på sygehus), der har behandlingsansvaret for den konkrete patient i den konkrete situation samt hvem der har ansvar for at udføre behandlingen på delegation fra en læge til f.eks. et kommunalt team. 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.

Det er således vigtigt at sikre den faglige kvalitet i nærhospitalerne, ligesom det er væsentligt at sikre, at der ved etablering af nærhospitalet ikke sker en suboptimering i forhold til det øvrige sundhedsvæsen.

4. Forudsætninger for sammenhængende forløb i nærhospitaler

Denne faglige ramme for nærhospitaler bygger blandt andet 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, f.eks. 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. Sygehusfunktionerne, indsatser i kommuner og almen praksis fungerer ofte siloopdelte, selvom de forskellige tilbud og indsatser i patientforløbene varetages under samme tag. Det medfører, at der ofte, trods samlokalisering, sker et videnstab 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.

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

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 ved brug af virtuelle løsninger, som kan gøre det lettere med regelmæssig kontakt og dialog. En indsats kræver ikke nødvendigvis fysisk tilstedeværelse i nærhospitallet af hverken borgeren eller den sundhedsfaglige person, men kan f.eks. være telemedicinsk behandling eller -opfølgning. Indsatsen skal tilrettelægges, så den faglige kvalitet sikres. Desuden kan der skabes sammenhæng i samarbejdet ved hjælp af virtuelle kommunikationsredskaber, hvilket bør vægtes med henblik på at opnå den bedst mulige udnyttelse af personaleressourcer og tidsforbrug.

Der bør etableres teknologiske og virtuelle muligheder i nærhospitalet. Eksempelvis Mulighed for at afholde tværsektorielle virtuelle konferencer med akutsygehuset eller øvrige aktører, f.eks. med almen praksis, kommuner og det øvrige praksisområde, med henblik på samarbejde og sparring om konkrete problemstillinger, patienter mv. Ved hjælp af digitale løsninger kan almen praksis og andre aktører uden for nærhospitalerne kommunikere med de ambulante sygehusfunktioner og det kommunale personale, som er fysisk til stede i nærhospitalerne.

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 funktioner og indsatser i et patientforløb med henblik på at opnå kvalitet og et koordineret og sammenhængende forløb for patienterne.

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

4.1. Tiltag til understøttelse af sammenhængende patientforløb ved etablering af nærhospitaler

Samarbejde på tværs af aktører med henblik på at opnå sammenhængende forløb for patienterne er et af de væsentligste formål med nærhospitalerne. Afsnit 1.2.4 beskriver overordnet set barrierer og muligheder for, at kommuner og regioner kan samdrifte indsatser i sundhedsvæsenet, herunder dem der varetages i nærhospitaler. Det fremgår af afsnittet, at de nuværende juridiske rammer giver visse muligheder for, at de forskellige aktører i nærhospitalerne kan samarbejde på tværs om de fælles patienter. Anbefalingerne nedenfor til tiltag for at understøtte samarbejdet i nærhospitaler skal derfor ses i sammenhæng med disse juridiske muligheder. De juridiske rammer må derfor undersøges nærmere for at vurdere, hvad der konkret er behov for i forhold til at etablere samarbejder i nærhospitalerne på tværs af myndighedsområder for at understøtte sammenhængende patientforløb. Indtil da, må der ved etablering af et nærhospital arbejdes indenfor for de eksisterende rammer på det pågældende tidspunkt.

4.1.1. Ledelse

Den nationale ramme for etablering af nærhospitaler bør forankres og tilpasses lokalt. I sundhedsklyngerne drøftes det tværsektorielle samarbejde overordnet, men det

daglige samarbejde i nærhospitalerne kræver fokus fra ledelsen af det enkelte nærhospital. Ledelsen af og i et nærhospital er således 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. Konkrete funktioner og indsatser, kan fortsat være under enten kommunalt eller regionalt ledelsesansvar. Dette kan struktureres på forskellig vis, f.eks. 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
 - at understøtte gode relationer mellem kollegaer og et godt arbejdsmiljø med klare og trygge rammer for arbejdets udførelse.

4.1.2. 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 nærhospitalerne, men at der skabes rammer for et reelt og forpligtende tværsektorielt samarbejde på tværs af aktørerne. Dette bør gøres ved nyetablering af nærhospitalet samt hvis 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. Desuden bør brugen af tværgående digitale løsninger, der for nuværende er udviklet også adresseres
- 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, f.eks. 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.

4.1.3. Kompetencer

Sundhedsfaglige medarbejdere i nærhospitalerne 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 nærhospitalerne i forhold til varetagelse af de konkrete funktioner i nærhospitalet. Ved nytænkning af patientforløb i nærhospitalerne bør der arbejdes med en bedre udnyttelse af personalets kompetencer, hvilket kan betyde større 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 blandt andet gennem relationsopbyggende aktiviteter, hvilket f.eks. 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, f.eks. 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.

4.1.4. Digitale løsninger

Det er væsentligt at sammenhængende forløb for patienterne og samarbejdet på tværs af nærhospitalets aktører understøttes via digitale løsninger.

- Der bør skabes sammenhæng for patienterne også ved brug af virtuelle 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 adgang til patientens data på tværs af sektorer, der muliggør, at aktørerne kan vidensdele hensigtsmæssigt.

4.1.5. 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 kvaliteten på akutsygehuset, i kommunen mv.
- 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 journal-systemer og giver mulighed for deling af resultater og sammenhæng.

I forhold til muligheder for deling af data, opfølgning på indsatser mv. henvises der til kapitel 7.

5. Målgrupper, funktioner og indsatser

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

Flere grupper af patienter med et stort patientvolumen og som har gentagne sygehuskontakter, har behov for, at afstanden til indsatser på hovedfunktionsniveau, tilhørende kommunale indsatser samt behandling i almen praksis og hos andre praksisaktører er så kort som mulig for at skabe hensigtsmæssige patientforløb. Derfor har denne faglige ramme for nærhospitaler særligt fokus på, at disse patientgrupper kan få indsatser i nærhospitaler, under forudsætning af, at kvaliteten forbliver den samme. Visse ambulante indsatser på hovedfunktionsniveau kan varetages såvel på sygehuse som i speciallægepraksis.

Nærhospitaler vil rumme nære sammenhængende sundhedstilbud ud fra faste principper og rammer for, hvilke patientgrupper der kan have forløb i et nærhospital. Den faglige ramme indeholder således anbefalinger til, hvilke kerneopgaver, der forventes at være i nærhospitalerne. Disse formuleres som indsatser, der *bør* være til stede. Det beskrives således, hvilke indsatser på hovedfunktionsniveau, der *bør* være til stede i alle nærhospitaler og at der samtidig *bør* etableres kommunale sundhedsindsatser ud fra en vurdering af, hvilke kommunale indsatser der kan bidrage til at skabe sammenhæng i patienternes forløb. De kommunale sundhedsindsatser er således beskrevet overordnet og generelt i den faglige ramme. Der indgår herudover eksempler på andre indsatser på hovedfunktionsniveau, der *kan* etableres på matriklen afhængigt af lokale ønsker og forhold. Disse er formuleret som *kan*-indsatser, da der ikke er en forventning om, at de etableres på alle nærhospitaler.

Et eksempel på en målgruppe, som der kan skabes tværsektorielt samarbejde om, er gravide, som i nærhospitalet kan blive undersøgt af en jordemoder og se sin sundhedsplejerske under og efter graviditeten. Et andet eksempel er patienter med en kronisk sygdom, som f.eks. kan få ernæringsindsatser hos en diætist og indsatser fra et sygeplejeambulatorium i nærhospitalet.

I forhold til den generelle udvikling i sundhedsvæsenet kan de relevante funktioner og indsatser, der *bør* og *kan* varetages i nærhospitalet med tiden ændre sig og derfor må nærhospitalernes varetagelse af disse vurderes løbende, f.eks. i forhold til muligheden for mere komplicerede behandlinger, ændringer i Sundhedsstyrelsens specialevejledninger eller ændret fordeling af varetagelse af funktioner og indsatser mellem det primære sundhedsvæsen og sygehusvæsenet.

5.1. Funktioner og indsatser i nærhospitalet

Nærhospitalet vil varetage udvalgte indsatser 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 f.eks. visse former for udredning, diagnostik, behandling, rehabilitering, 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 decentrale ambulante funktioner, 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.

For en stor del af indsatserne på hovedfunktionsniveau vil der ikke være tale om 1:1 udflytning, idet opgavevaretagelsen kan nytænkes i forhold til kompetencer, fysisk eller virtuel tilstedeværelse og samarbejde, med fokus på hensigtsmæssig drift og ressourceudnyttelse.

Opgavevaretagelsen afhænger af de konkrete indsatser på hovedfunktionsniveau, kommunale indsatser, patientvolumen og personaleressourcer i forhold til det enkelte nærhospital og akutsygehus. Det afgørende er, at kvaliteten er uændret i forhold til den kvalitet, der tilbydes på akutsygehusene og det samme gælder for indsatser fra kommunerne, almen praksis og andre praksisaktører. Derudover kan der inddrages en vurdering af lokale forhold i forhold til opgavevaretagelsen, herunder den lokale sundhedsprofil. Speciallægepraksis kan således også være en mulighed, som regionerne kan indtænke i varetagelsen af visse indsatser på hovedfunktionsniveau. Der bør også her indgå at nytænke opgavevaretagelsen i forhold til kompetencer, fysisk eller virtuel tilstedeværelse og samarbejde, med fokus på hensigtsmæssig drift og ressourceudnyttelse.

Nærhospitalet 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. Opgavevaretagelsen kan ændre sig med tiden og vil også afhænge af den digitale udvikling, de underliggende lovbestemmelser og overenskomster.

Nærhospitalet forventes at rumme funktioner og indsatser, som bør understøtte udredning, behandling, pleje og rehabilitering mv. 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 større personaleressource. Det bør i de konkrete patientforløb overvejes, om telemedicin kan være et alternativ til en fysisk udgående funktion fra enten et akutsygehuset eller nærhospital.

Der bør i planlægningen af et nærhospital være fokus på at skabe sammenhæng, så elektive ambulante indsatser på hovedfunktionsniveau og kommunale indsatser i patientgrubbers samlede forløb kan ydes i nærhospitalet. For de kommunale indsatser, der har sammenhæng til indsatserne på hovedfunktionsniveau og som forventes at blive varetaget i nærhospitalet, vil der skabes synergi, udvikling og sammenhæng i patientforløbet. Visse kommunale indsatser ydes på nuværende tidspunkt i patientens hjem og der er ikke en forventning om, at disse indsatser flyttes fra patientens hjem til nærhospitalet, således at patienten får længere afstand til indsatsen. Nogle kommuner har et så lille volumen inden for visse patientgrupper, at tværkommunalt samarbejde om specifikke tilbud kan være en fordel med henblik på at opnå et større volumen og herigennem kvalitet i indsats og kompetencer. Det kan 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 indsatser på hovedfunktionsniveau i nærhospitaler. Der er dels anbefalinger til tværgående indsatser, som forventes at blive tilbudt på tværs af patientgrupper, og dels indsatser målrettet specifikke patientgrupper med behov for ambulante indsatser på hovedfunktionsniveau. Der er desuden anbefalinger til det udstyr, som er nødvendigt for varetagelsen af funktionerne og som anvendes bredt i forhold til et stort antal forskellige sygdomme. Kompetencer til varetagelse af indsatserne på hovedfunktionsniveau beskrives i kapitel 6. Der skal samtidig etableres kommunale indsatser i nærhospitalerne, som kan skabe synergi med indsatserne på hovedfunktionsniveau i de tværsektorielle patientforløb. Der er også anbefalinger nedenfor til disse kommunale indsatser.

5.2. Tværgående funktioner og udstyr

De tværgående funktioner, 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.

5.2.1. Tværgående funktioner

Det forventes, at der i alle nærhospitaler **bør** være følgende tværgående funktioner på hovedfunktionsniveau med det tilhørende nødvendige udstyr:

- Røntgen
- Blodprøvetagning og diverse urinanalyser
- EKG

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

- CT
- UL

For disse tværgående funktioner bør der sikres samme kvalitet og standarder som på akutsygehuset, hvorfor kvalitetssikring af ovenstående funktioner bør have sammenhæng til tilsvarende funktioner i akutsygehuset.

5.2.2. Udstyr

Det forventes 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 og eller fysiologiske parametre
- Vægte
- POC-udstyr til f.eks. 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, men dynamisk da behov for udstyr løbende vil ændre sig, f.eks. på grund af den teknologiske udvikling.

For kvalitetssikring af udstyr skal der også, i det omfang det giver mening, være sammenhæng til akutsygehuset.

5.3. Udvælgelse af patientforløb til nærhospitalerne

Udgangspunktet for udvælgelse af patientforløb, der kan varetages i nærhospitaler, er, at de tilhørende ambulante, ikke-akutte indsatser på hovedfunktionsniveau 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. De ambulante patientforløb eller dele af ambulante patientforløb, der varetages i nærhospitalet vil også blive varetaget på akutsygehuset og visse funktioner også i speciallægepraksis. Den enkelte patient har i forbindelse med tilbud om ambulante indsatser på hovedfunktionsniveau mulighed for det frie sygehusvalg, såvel indenfor som uden for egen region.

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

1. 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 indsatser på hovedfunktionsniveau, herunder ambulante udredning, behandling og opfølgning. Det vil være hensigtsmæssigt at etablere delforløb for disse patienter i nærhospitalerne, hvis det ikke er nødvendigt med mange forskellige ressourcer (f.eks. flere forskellige specialer, meget forskelligt apparatur mv), som i stedet kan give anledning til at samle indsatsen på f.eks. akutsygehuse.
I udgangspunktet skal der ikke varetages specialfunktioner i nærhospitalerne, med mindre det sker som del af en udefunktion, hvilket regionen skal orientere Sundhedsstyrelsen om.
2. 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
3. Patienter, der af forskellige årsager ikke har ressourcer til at deltage i indsatser på hovedfunktionsniveau på et akutsygehus, f.eks. på grund af lang afstand og manglende fysisk og/eller psykisk overskud, baseret på systematiske individuelle vurderinger af behov. Akutsygehuset vil stadig tilbyde de indsatser, der indgår i nærhospitalet
4. Patientgrupper med længere forløb og /eller undersøgelser og indsatser med begrænset kompleksitet, f.eks. gravide kvinder, som ofte har behov for

forskellige sundhedstilbud og derfor kan have gavn af, at disse tilbud er samlet i et nærhospital

5. Patienter, der har behov for et forebyggende tilbud, f.eks. rygestop- eller væggtabstilbud, for at opnå en mere hensigtsmæssig sundhedsadfærd, øget mental sundhed og trivsel eller reduceret sygdomsrisiko samt patienter, der f.eks. venter på behandling (f.eks. operation) og har behov for forebyggende tilbud
6. Patienter med behov for et mindre og ukompliceret kirurgisk indgreb, der kan undersøges og behandles i et nærhospital (funktioner svarende til speciallægepraksis), og som blandt andet ikke vil forudsætte andet end lokalanæstesi.

De patientgrupper, som anbefales i det følgende, tager udgangspunkt i ovennævnte principper. For disse patientgrupper er der udpeget nogle indsats på hovedfunktionsniveau, som altid **bør** være i et nærhospital og samtidige kommunale indsatser, der med fordel **kan** tilbydes i nærhospitalet til at skabe synergi og sammenhæng i det samlede patientforløb. Endvidere kan nærhospitaler med fordel også huse praksissektor og civilsamfundsaktører.

Desuden er der eksempler på indsatser på hovedfunktionsniveau, som *kan* varetages i et nærhospital. Indsatserne på hovedfunktionsniveau beskrives i 5.4.1 og de kommunale indsatser i afsnit 5.4.2. Der er ikke tale om udtømmende lister for hverken indsatser på hovedfunktionsniveau eller kommunale indsatser. Visse af de kommunale indsatser er ikke diagnosespecifikke og beskrives derfor samlet.

5.4. Udvalgte indsatser på hovedfunktionsniveau og kommunale sundhedsindsatser

I det følgende beskrives dele af udvalgte patientgrupper forløb, som forventes at blive varetaget i alle nærhospitaler. En stor del af disse konkrete patientforløb i nærhospitalerne er relateret til kronisk sygdom. Der er typisk tale om langvarige forløb med behov for flere indsatser fra såvel speciallæge/sygehus, kommune og almen praksis. Derudover bør det vurderes, om andre patientgrupper vil have gavn af, at dele af deres forløb ligeledes varetages i et nærhospital, såfremt den sundhedsfaglige kvalitet vurderes at kunne opretholdes.

Der er således dels anbefalinger til indsatser på hovedfunktionsniveau, som alle nærhospitaler **bør** varetage i forhold til de udvalgte patientgrupper og dels eksempler på indsatser på hovedfunktionsniveau, som **kan** varetages i det enkelte nærhospital i forhold til yderligere patientgrupper afhængigt af nærhospitalets optageområde, herunder geografi og patientpopulation samt de tilgængelige personaleresourcer. For at skabe sammenhæng i patienternes forløb **bør** der desuden indgå kommunale sundhedsindsatser, hvilke der er eksempler på. I forhold til indsatser på hovedfunktions-

onsniveau, som kan varetages, er der ikke tale om en udtømmende liste, men eksempler på indsatser, som kan indgå i nærhospitalerne. Listen over eksempler på kommunale sundhedsindsatser er heller ikke udtømmende.

Nogle patienter inden for udvalgte sygdomsområder kan således få et tilbud i et nærhospital. Der tages ved visitering af henvisningen individuel stilling til, om den enkelte patient vil have gavn af en indsats i et nærhospital (f.eks. i forhold den geografiske afstand). Som for alle andre indsatser på hovedfunktionsniveau har patienterne desuden frit sygehusvalg til alle offentlige sygehuse, og kan dermed også acceptere eller ikke acceptere forløb, som de bliver tilbudt i et nærhospital. De nedenstående funktioner der bør varetages på nærhospitalet vil således blive varetaget på såvel akutsygehuset som på nærhospitalet.

Indsatser på hovedfunktionsniveau vil overvejende blive varetaget af personale fra akutsygehuset, men kan også efter lokale aftaler varetages i speciallægepraksis beliggende på nærhospitalet eller som satellitfunktion. Speciallægepraksis har aftaler om samarbejde med almen praksis og med akutsygehuset. Ved overvejelse af personaleressourcer kan der i forbindelse med planlægningen af nærhospitalet inddrages de eksisterende telemedicinske løsninger, hvor det vurderes at være en fordel – f.eks. i forbindelse med inddragelse af patienten eller personale i eget og andet speciale eller fra anden matrikel samt ved tværsektoriel konferering.

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

5.4.1. Indsatser på hovedfunktionsniveau 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. I nærhospitalerne bør eller kan der varetages indsatser i nogle af disse patientgruppers forløb eller delforløb:
 - 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. Hele eller dele af deres ambulante forløb **kan** varetages i nærhospitaler, for så vidt patienterne har behov for en indsats på

hovedfunktionsniveau. Der bør i planlægningen være fokus på sammenhængen til de igangværende telemedicinske indsatser.

- **Hjerte-kar-nyresygdomme** dækker over en bred gruppe af sygdomme. I nærhospitalerne bør eller kan der varetages indsatser i nogle af disse patientgruppers forløb eller delforløb:
 - Patienter med inkompenaseret hjertesygdom og/eller hypertension. Hele eller dele af de ambulante forløb **bør** varetages i nærhospitalerne, for så vidt patienterne har behov for en ambulant indsats og den 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.
 - Patienter med kronisk nyresygdom. Hele eller dele af de ambulante forløb **kan** varetages på nærhospitalerne, for så vidt patienterne har behov for en ambulant indsats og den kan varetages på hovedfunktionsniveau uden en intensiv indsats. Der bør i planlægningen være fokus på sammenhængen til de igangværende telemedicinske indsatser i lokalområdet. Såfremt patienten samtidig har hypertension, bør det vurderes, hvor patienten er bedst tjent med at blive fulgt.
- **Muskel-skeletsygdomme** dækker over en bred gruppe af sygdomme. I nærhospitalerne kan der varetages indsatser i nogle af patientgruppernes forløb eller delforløb:
 - Udvalgte inflammatoriske led- og bindevævssygdomme med begrænset kompleksitet og med behov for indsatser på hovedfunktionsniveau **kan** tilbydes ambulant behandling og kontrol i nærhospitalet
 - Kroniske rygpatienter, med behov for indsatser på hovedfunktionsniveau med tværfagligt samarbejde, **kan** tilbydes ambulant behandling og kontrol i nærhospitalet, for så vidt patienterne har behov for en ambulant indsats og den kan varetages på hovedfunktionsniveau.
- **Funktionelle lidelser**
 - Patienter med funktionelle lidelser, hvor indsatsen kan varetages på hovedfunktionsniveau. Hele eller dele af forløbet **kan** varetages på nærhospitaler, for så vidt patienten har behov for en ambulant indsats.
- **Endokrine sygdomme**
 - Patienter med osteoporose. Dele af disse forløb **bør** varetages på nærhospitaler, for så vidt patienterne har behov for ambulante indsatser og ikke

kan varetages med medicinsk behandling i almen praksis. DEXA-scanning kan varetages på akutsygehuset, men behandling og anden kontrol **bør** foregå på nærhospitalet

- Behandling af patienter med overvægt og svær overvægt **kan** i dele af ambulante forløb varetages i nærhospitaler, for så vidt patienterne har behov for ambulante indsatser og ikke varetages i almen praksis. Etablering af en sådan funktion i nærhospitalet vil blandt andet afhænge af op-tageområdets sygdomsprofil
- Patienter med type 1-diabetes og type 2-diabetes samt visse stofskiftesygdomme. Hele eller dele af de ambulante forløb på hovedfunktionsniveau **kan** varetages på nærhospitaler, for så vidt patienterne har behov for en ambulante indsatser på hovedfunktionsniveau og ikke kan varetages i almen praksis. Der bør være fokus på, at de tilhørende ambulante indsatser som f.eks. øjenbaggrundsundersøgelse ligeledes tilbydes.
- **Psykiske sygdomme** dækker over en bred gruppe af sygdomme. I nærhospitalerne kan der varetages indsatser i nogle af patientgruppernes forløb eller delforløb:
 - Voksne patienter med moderat til svære psykiske 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 psykiske sygdomme med behov for en ambulante indsatser. Ambulante forløb, som på nuværende tidspunkt varetages i lokalpsykiatrien/distriktspsykiatrien, **kan** fremadrettet varetages på nærhospitaler, for så vidt det vurderes hensigtsmæssigt at omplacere hele eller dele af lokalpsykiatrien/distriktspsykiatrien til nærhospitalet
 - Børn og unge med moderat til svære psykiske 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 ambulante indsatser på hovedfunktionsniveau
 - Der er i september 2022 indgået en bred politisk aftale om en 10-års plan for psykiatri og mental sundhed, der bl.a. omfatter, at der opbygges et lettilgængeligt kommunalt tilbud med én indgang til børn og unge med psykisk mistrivsel og med symptomer på psykisk lidelse. I Sundhedsstyrelsens og Socialstyrelsens faglige oplæg til en 10-årsplan anbefales, at der i tilbuddet etableres systematisk tværsektorielt samarbejde og lettere adgang til psykiatrifaglige kompetencer. Der **kan** i nærhospitaler etableres en rådgivende/visiterende ambulante udgående børne- og ungdomspsykiatrisk funktion på hovedfunktionsniveau.
- **Multisygdom**

- Da flere sygdomme ofte forekommer hos den samme patient og det dermed vil være hensigtsmæssigt med flere af de ovenfor anbefalede indsatser på hovedfunktionsniveau 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, speciallægepraksis og nærhospital/akutsygehuset kan det være en fordel at tilbyde medicingennemgang og rådgive patienten vedr. polyfarmaci.
 - Da mange patienter med psykiske sygdomme også har samtidige fysiske sygdomme, vil der ofte være behov for flere samtidige ambulante indsatser, 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**
 - Basal palliativ ambulante behandling af patienter med livstruende kroniske sygdomme, der har behov for understøttende og symptomlindrende behandling, **bør** kunne tilbydes forløb i nærhospitaler. Det omfatter ikke den indsats, der foregår i patientens eget hjem og som varetages af kommunale sygeplejersker med almen praksis som behandlingsansvarlig. Der bør etableres samarbejde med aktører på det palliative område uden for nærhospitalerne, herunder kommuner, almen praksis og hospice.

5.4.2. Kommunale indsatser

Patienter med kroniske sygdomme har også behov for kommunale indsatser. Ved etablering af nærhospitaler **bør** der være fokus på sammenhæng mellem indsatser på hovedfunktionsniveau og kommunale indsatser, f.eks. genoptrænings- og rehabiliteringsforløb og forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, blandt andet i form af tilbud om sygdomsmestring, tobaksafvænnning, fysisk træning, ernæringsindsatser, forbyggende samtaler om alkohol mv. Patientgrupperne ovenfor er karakteriseret ved ofte at have behov for både indsatser på hovedfunktionsniveau og kommunale indsatser, hvor nærhospitalerne kan facilitere sammenhæng, samarbejde og vidensdeling tværfagligt og tværsektorielt i patientforløbene.

Der **bør**, f.eks. for patienter med kroniske sygdomme, skabes sammenhængende forløb og synergi mellem indsatserne på hovedfunktionsniveau og de kommunale indsatser, så hele eller dele af deres ambulante forløb kan tilbydes i nærhospitalerne. Dette kan ske gennem stærkere samarbejde og sparring mellem de fagprofessionelle på tværs af sektorer og faggrænser og lettere tilgængelighed for patienterne. Dette forventes samtidigt at bidrage til kompetenceløft på tværs af sektorerne og til, at borgere med behov for kommunale forebyggelsestilbud henvises til det. Sammenhæng mellem indsatserne på hovedfunktionsniveau og kommunale indsatser bør skabes enten fysisk ved tilstedeværelse i nærhospitalerne eller ved telemedicinske løsninger.

Beliggenhedskommunen, og evt. andre medansøgende kommuner, **bør** etablere kommunale indsatser i nærhospitaler. Afhængigt af det lokale udfordringsbillede og i sammenhæng med dialogen om hvilke indsatser på hovedfunktionsniveau regionen bør og derudover vælger at placere i nærhospitalet, kan flere af nedenstående kommunale indsatser¹³ være relevante og bidrage til sammenhængende forløb. Indsatserne kan enten leveres på matriklen i nærhospitalet eller via telemedicinske løsninger. Listen er ikke udtømmende:

- Genoptræning
- Forebyggende tilbud efter afklarende samtale, herunder tobaksafvænnning, forebyggende samtaler om alkohol, ernæringsindsatser, sygdomsmestring og fysisk træning.
- Andre forebyggende tilbud og sundhedsfremme i form af f.eks. indsatser i forhold til seksuel sundhed, mental sundhed mv.
- Sundhedspleje
- Rusmiddelbehandling
- Kommunale tandplejeordninger
- Udvalgte indsatser fra hjemmeplejen og sygeplejen. I forhold til kommunal sygepleje, så leverer kommuner ofte en del af indsatsen i sygeplejeklinikker, som evt. kan være relevant at have på nærhospitalet, ligesom både sygepleje og hjemmepleje f.eks. kan have et distriktskontor på nærhospitalet.

5.4.3. Øvrige områder

- **Svangreomsorg, familieomsorg og børnesygdomme**
 - Børn med kronisk sygdom f.eks. astma, der er henvist fra almen praksis. Hele eller dele af det ambulante elektive forløb kan varetages i nærhospitaler, for så vidt patienterne har behov for en indsats på hovedfunktionsniveau.
 - Svangreomsorg i forbindelse med ukomplicerede graviditeter, herunder graviditetsundersøgelser og fødselsforberedelse samt evt. efterforløb (for sidstnævnte f.eks. kontrol af bilirubin), 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, familieomsorg og børnesygdomme

For at give et sammenhængende forløb for den gravide og de kommende nye forældre **kan** visse dele af sundhedsplejen også varetages i nærhospitalet. Det er dog en forudsætning, at de anbefalede minimum fem hjemmebesøg i barnets første leveår fastholdes. Sundhedsplejersker kan desuden, hvor volumen er tilstrækkeligt stort og

¹³ Nogle kommunale indsatser er yderligere beskrevet i bilag 4.

f.eks. i forhold til den lokale sundhedsprofil samt hvor det giver sammenhæng til f.eks. indsatser på hovedfunktionsniveau på sygehus eller praksis, have et samarbejde med læger, psykologer o.a. i forhold til f.eks. indsatsen til børn og unge med svær overvægt og/eller kronisk sygdom samt med inddragelse af deres familier.

- **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
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, f.eks. sårbehandling.

- **Andre funktioner og indsatser**

- Indsatser på hovedfunktionsniveau på andre sygdoms- og indsatsområder
F.eks. opfølgende indsatser, skanninger og behandlinger på hovedfunktionsniveau. Det kan f.eks. være:
 - Kræftområdet: f.eks. kemoterapi eller specialiserede indsatser til senfølger efter en kræftsygdom, f.eks. ambulante behandling af sekundært lymfødem
 - Udvalgte ambulante iv-behandlinger på andre sygdomsområder
 - Neurorehabilitering på hovedfunktionsniveau
 - Det kan derudover overvejes, om sygehusudleveret medicin kan varetages i nærhospitalet.
- Kommunale indsatser
 - Afhængig af hvilke indsatser på hovedfunktionsniveau indenfor "flere brede sygdoms- og indsatsområder", der indgår i nærhospitalet, må det vurderes lokalt, hvilke kommunale indsatser, der kan være relevante for at understøtte disse
 - For eksempel kan man på kræftområdet understøtte etablering af diagnosespecifikke kommunale rehabiliteringstilbud på tværs af kommuner i nærhospitalet. Det kunne også være præhabilerende indsatser såsom tobaksafvænning, ernæringsindsatser og fysisk træning mv. til patienter inden behandling. I forhold til nyresygdomme kunne det f.eks. være kommunale tilbud om tobaksafvænning, væggtab, fysisk træning mv.

6. Kompetencer

6.1. 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.

Der er således brug for en nytænkning af tilrettelæggelsen af patientforløb i nærhospitaler, hvilket involverer både kommuner, regioner og praksisområdet, med fokus på de 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, men det er centralt, at den samme indsats skal leveres med den samme kvalitet, sammenhæng og koordinering, uanset om patienten er tilknyttet nærhospital eller akutsygehus.

Rekrutteringsudfordringerne og behovet for at nytænkte tilrettelæggelse af opgaver og patientforløb skal ses i sammenhæng med den kommission for robusthed i sundhedsvæsenet, som regeringen har nedsat¹⁴. Kommissionen skal komme med anbefalinger til løsninger på de grundlæggende udfordringer i sundhedsvæsenet, som den demografiske udvikling medfører i forhold til personalekapacitet.

6.2. 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

¹⁴ [Kommission for Robusthed i sundhedsvæsenet.pdf \(sum.dk\)](#)

indgår tværkommunale tilbud. Alle parter i nærhospitalet er koblet op på kvalitetsorganisationen i den sektor, hvor myndighedsansvaret ligger. Fastholdelse af den samme kvalitet betyder ikke, at indsatsen forventes etableret i nærhospitalet på samme måde, som den varetages på akutsygehuset, kommunen mv. (1:1). Det betyder, at der bør være fokus på at fastholde den sundhedsfaglige kvalitet i indsatsen, samtidig med at den tilrettelægges på nye måder og/eller varetages af andre kompetencer.

Således beholder akutsygehuset behandlingsansvaret for ambulante decentrale indsatser på hovedfunktionsniveau 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 evt. være ansat i delestillinger. 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 nærhospitalet er samarbejde på tværs af specialer, sektorer, almen praksis og andre praksisaktører samt brug og deling af viden og erfaring, hvilket forventes at bidrage til synergi og til, at funktionerne kan løftes med høj kvalitet. Nærhospitalet 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 virtuelle konferencer, så f.eks. farmaceuter, farmakonomer, socialrådgivere, speciallæger fra andre specialer eller eget speciale, kan blive inddraget i forløbene på nærhospitalet efter individuelt behov.

Idet ikke alle faggrupper er tilstede på nærhospitalet vil det kræve, 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, jordemødre og til visse funktioner også læger. For hovedparten af indsatserne på hovedfunktionsniveau vil der ikke være tale om 1:1 udflytning af speciallæger fra akutsygehuset, men også her bør der være en vurdering af, hvilke lægelige opgaver der kan ske digitalt.

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

6.3. 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 indsatser på hovedfunktionsniveau 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, i den regionale psykiatri eller i kommunen, men også have funktion på nærhospitalet for herved at bidrage til kvalitet, uanset hvor patienten har sit forløb.
3. Anvendelsen af personaleressourcer på nærhospitaler må ikke udtynde personaleressourcer på akuthospitalet eller i den regionale psykiatri. Personalet kan f.eks. arbejde forskellige dage hhv. på akuthospitalet/den regionale psykiatri og i nærhospitalet. Dette gælder også for relevant kommunalt personale.
4. Nærhospitaler bør sammen med akutsygehuset, den regionale psykiatri og kommunerne bidrage til en mere fleksibel og innovativ anvendelse af kompetencer og ressourcer.
5. Fagpersoners viden og kompetencer kan både anvendes fysisk og virtuelt. For hovedparten af indsatserne på hovedfunktionsniveau vil der ikke være tale om en 1:1 udflytning af speciallæger fra akutsygehuset eller den regionale psykiatri 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 til stede på nærhospitalet, skal ud over de relevante kompetencer have bred sundhedsfaglig erfaring inden for det område, som de varetager.
7. Samarbejde er et væsentligt element i nærhospitaler, hvorfor samarbejdskompetencer er væsentlige.
8. Nærhospitaler bør understøtte tværsektoriel kompetenceudvikling.
9. Der kan med fordel udarbejdes kompetenceprofiler for de funktioner og indsatser, der varetages i nærhospitaler.

6.4. Kompetencer i nærhospitaler

Ved indsatser på hovedfunktionsniveau i nærhospitalerne bør de relevante kompetencer til de enkelte funktioner være tilstede. Det kan dreje sig om følgende:

- Sygeplejersker, specialsygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, fysio- og ergoterapeuter, kliniske diætister og socialrådgivere, der kan varetage funktioner selvstændigt på delegeret ordination og dermed bør have særlige kompetencer og erfaring inden for de faglige kliniske felter, som de varetager. Samtidig skal de have en bred viden, så de kan reagere på forløb, der kræver inddragelse af anden viden og faggrupper
- Bioanalytikere til blodprøvetagning, EKG, mulig håndtering af point of care udstyr
- Radiografer til de billeddiagnostiske funktioner
- Jordemødre til svangreomsorg
- Speciallæger 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 indsatser på hovedfunktionsniveau, 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 dem, 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.

Ved kommunale indsatser i nærhospitalerne bør de relevante kompetencer til de enkelte indsatser være tilstede. Det kan dreje sig om følgende:

Kompetencer inden for forebyggelse:

- For kompetencer hos kommunalt personale følges aktuelle anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom¹⁵. Herudover henvises til diagnosespecifikke forløbsprogrammer for kompetencer inden for en given sygdom.

Kompetencer inden for genoptræning:

¹⁵ Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, SST 2016

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

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 sundhedsfagligt og/eller fagligt personale
- Apoteker med farmakonomer og farmaceuter
- Andre praksisaktører 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 erfarede 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 patienter med KOL. Således kan sygeplejersker foretage visse kontroller med tilhørende undersøgelser hos patienter, der har langtids-ilt i hjemmet. Ved vurdering af behov for ilt-ændring kan de konferere (fysisk eller virtuelt) med en speciallæge i lungesygdomme. 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 sygeplejerskeopgave. 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.

Eksempel med opgaveoverdragelse fra ambulatorium til behandling i kommunalt regi

Regionerne har det samlede (behandlings)ansvar for intravenøs behandling (IV-behandling). Der er indgået lokale IV-aftaler i de fem regioner med kommunerne¹⁶. Denne behandling kan foregå på sygehuset under indlæggelse, som ambulante behandling enten på sygehuset eller varetaget af en kommunal sygeplejerske i borgerens hjemkommune. Dette kan skabe større frihed og fleksibilitet i borgerens hverdag. Opgaven kan på den baggrund overdrages til kommunen.

¹⁶ Alle kommuner på nær 3 kommuner i Region Sjælland er ikke med i denne regions IV-aftale.

7. Digital understøttelse

Digitale løsninger og moderne udstyr er væsentlige i den omstilling, som er nødvendig for at bidrage til høj kvalitet, sammenhæng, koordinering og vidensdeling i et fremtidigt bæredygtigt sundhedsvæsen.

Nærhospitalerne kan, sammen med akutsygehuset, kommuner og praksisområdet, være med til at implementere og udbrede andre og nye måder at levere sundhedsydelser på. Dette kræver blandt andet digital udvikling og tæt samarbejde i sygehedsnet, 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 vedr. 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 og lettere adgang til rådgivning, uafhængigt af om personalet er i nærhospitalet, akutsygehuset, kommunen eller i almen praksis. Blandt andet kan møder mellem patient, pårørende og sundhedsfagligt personale i nærhospitalet og f.eks. speciallæge på akutsygehuset foregå virtuelt, hvilket i nogle tilfælde 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 i forhold til at understøtte og udvikle samarbejdet på tværs af regioner, kommuner og almen praksis og i forhold til 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 tryghed for patienten. På nærhospitaler samles forskellige organisatoriske enheder, herunder regionale, kommunale mv. Enhederne vil som udgangspunkt have forskellige it-miljøer, herunder journalsystemer, printere mv. For at skabe sammenhæng internt på nærhospitalet for patienter og personale bør der sikres tværgående digitale løsninger.

7.1. 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. F.eks. kan måleudstyr med overførsel af data til patientens elektroniske journal spare personalets 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 5.2.1 og 5.2.2).

7.2. 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 Med-Coms digitale meddelelser, se boks 2. 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 relevante 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 sundhedsreformen 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 2: 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 f.eks. epikriser, korrespondancemeddelelser og henvisninger.

Sundhedsjournalen: I sundhedsjournalen på sundhed.dk kan sundhedsfaglige medarbejdere fra regioner, lægepraksis og kommuner slå direkte op på en patient gennem knapløsning fra deres respektive journalsystemer og se forskellige sundhedsoplysninger om den pågældende borger, som de har i aktuel behandling, herunder journalnotater fra offentlige hospitaler samt privathospitaler. I Sundhedsjournalen vises journalnotater fra hele landet herunder offentlige hospitaler samt privathospitaler. Yderligere vises laboratoriesvar, medicinkortet 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. Et samlet patientoverblik kan ligeledes tilgås gennem Sundhedsjournalen for både klinikere og borgere.

Fælles Medicinkort: Fælles Medicinkort giver borgere og sundhedsprofessionelle adgang til oplysninger om borgernes medicin og vaccinationer. Medicinkort sikrer således overblik over borgerens aktuelle medicinering. Borgeren, og de sundhedsprofessionelle, som har en borger i behandling, har med Fælles Medicinkort nem adgang til opdaterede medicinoplysninger.

7.3. Behandling i eget hjem gennem digitale løsninger

Et væsentligt formål med 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 sundhedspersonalet, der leverer ydelsen, gøres uafhængige af et fysisk møde. Det dækker således over forskellige teknologier såsom videokonsultationer, hjemmemålinger og patientrapporterede oplysninger, jf. boks 3.

Brug af telemedicinske løsninger kan gøre sundhedsvæsenet mere tilgængeligt og effektivt samt lettere for borgeren at interagere med. Det kan f.eks. være løsninger, der gør enten borgeren selv eller f.eks. 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. Telemedicin kan således være med til at sikre en skånsom behandling i eller tæt på borgerens hjem, hvilket samtidig bidrager til en bedre udnyttelse af specialitressourcer på sygehuse ligesom specialitressourcer i højere grad kan bindes sammen med hjemme(syge)plejen i kommunerne. 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. Det bør ved hver enkelt patientgruppe vurderes, om patientens behov kan håndteres på en værdig måde og med samme kvalitet ved en telemedicinsk løsning.

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 f.eks. videokonferenceudstyr eller udstyr til at overvåge hjemmemålinger. Dels vil det indebære en investering i nyt udstyr, som skal bruges af *borgerne hjemme* f.eks. 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 3: 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, f.eks. ved virtuel inddragelse af læger fra et specialiseret sygehus i behandlingen.

Telemedicinske løsninger til hjemmemonitorering: Telemedicinske løsninger til hjemmemonitorering kan give f.eks. borgere med kroniske sygdomme mulighed for at monitorere deres egen sundhedstilstand derhjemme ved f.eks. 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, og som på sigt også bør anvendes til andre telemedicinske tilbud.

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 og forbedrer kommunikationen mellem patienten og sundhedspersonalet, og kan bruges til at vurdere, hvornår der er brug for at se borgeren til en fysisk konsultation.

7.4. Rammevilkår og incitamenter

Det er en forudsætning for ibrugtagningen af ovenstående digitale løsninger, at de rette rammevilkår og incitamenter er på plads, herunder blandt andet 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 til rette brug af de digitale løsninger.

8. Opfølgning og evaluering

Etableringen af nærhospitaler og samarbejdet i og med disse vil være et udviklingsområde over de næste mange år, hvorfor der er behov for at opsamle erfaringer, herunder følge op på patientforløbene, blandt andet med henblik på at sikre kvalitet, vidensdeling og viden spredning. Samtidig er der løbende behov for, ud fra indsamlede erfaringer, at tilpasse indsatsen. Der vil derfor ligeledes være behov for at opdatere nærværende ramme på baggrund af de opsamlede erfaringer.

Nærhospitalerne 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 nærhospitaler, herunder hvordan nærhospitalerne bidrager til udviklingen i det primære sundhedsvæsen. Der er således behov for at evaluere, hvorvidt nærhospitaler bidrager til deres formål på sigt.

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

Der er desuden behov for at følge op på brug af brugen af digitale løsninger, herunder hvordan de bidrager i forhold til at mindske/øge ulighed i sundhed.

Herudover anbefaler Sundhedsstyrelsen at følge udviklingen inden for de gældende strukturer på sundhedsområdet. Det drejer sig som nævnt i den faglige ramme i afsnit 1.2 om sundhedsklyngerne og Sundhedssamarbejdsudvalgene, sundhedsaftalerne ligesom sundhedsplanerne er en måde, hvorpå udviklingen af indsatserne på hovedfunktionsniveau 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.

Sundhedsstyrelsen har desuden stort fokus på omstillingen af det primære sundhedsvæsen og opfølgning derpå i relevante fora.

Bilagsfortegnelse

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

Bilag 1:

Kommissorium for følgegruppen

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

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 nærhospitaler. Af udspillene fremgår det, at formålet med nærhospitaler 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 nærhospitalerne udvikles løbende, så det fulde potentiale 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 nærhospitaler.

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 nærhospitaler. 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 nærhospitaler. Det gælder sygehusfunktioner, kommunale sundhedsindsatser og tilbud i praksissektoren. Desuden beskrives det på overordnet plan, hvordan nærhospitaler 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 nærhospitalerne, herunder krav til kvaliteten i indsatserne, kompetencer og til samarbejde. Denne opgave ligger uden for etableringsoplæggets tids- og ressourcemæssige ramme.

Nærhospitalerne 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 i forhold til 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 nærhospitalers 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 i forhold til 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 i forhold til digital understøttelse af sammenhæng og understøttelse af behandlingsforløb i nærhospitaler med blandt andet 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 Simonsen	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
Johan Ludvig Reventlow	Praktiserende læge	Lægehus i Slagelse
Trine Klindt	Næstformand og redaktør	Fagligt Selskab af kliniske diætister
Tanja Malene Popp	Enhedschef, Primære sundhedsvæsen	Sundhedsstyrelsen
Line Riddersholm	Sektionsleder, Primære sundhedsvæsen	Sundhedsstyrelsen
Cecilie luul	Chefkonsulent, Primære sundhedsvæsen	Sundhedsstyrelsen
Susanne Vest	Overlæge, Sygehusplanlægning	Sundhedsstyrelsen
Anna Bachmann Boje	Chefkonsulent, Sygehusplanlægning	Sundhedsstyrelsen

Bilag 3: Begrebsafklaring

I nedenstående gennemgås begreber benyttet i oplægget.

Primære sundhedsvæsen

Det primære sundhedsvæsen er en integreret del af det samlede sundhedsvæsen og sikrer lige adgang til sundhedsydelser tæt på hvor befolkningen bor og arbejder. Det primære sundhedsvæsen tilbyder helhedsorienteret forebyggelse, behandling og rehabilitering og udgør både den første kontakt mellem borger og sundhedsvæsen og den løbende og kontinuerlige indsats. Det primære sundhedsvæsen består af indsatser i kommuner, almen praksis, privatpraktiserende sundhedsprofessionelle mv. og understøttes af udgående funktioner, rådgivning mv. fra sygehusene.

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".

Indsats på hovedfunktionsniveau

En indsats på hovedfunktionsniveau kan både være en decentral ambulant indsats fra akutsygehuset og en indsats, der varetages af speciallægepraksis. Hovedfunktionsniveau er i "Specialeplanlægning: Begreber-principper-krav" defineret som opgaver af begrænset kompleksitet, hvor såvel sygdommene som sundhedsvæsenets ydelser er hyppigt forekommende, og hvor ressourceforbruget ikke giver anledning til en samling af ydelserne på specialfunktionsniveau.

Decentral ambulant indsats i et nærhospital

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

Udefunktion

Nogle specialfunktioner kan varetages som udefunktioner. Udefunktion er i "Specialeplanlægning: Begreber-principper-krav" defineret i forhold til specialfunktioner. Sundhedsstyrelsen kan ifølge sundhedsloven stille krav til specialfunktioner, 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 f.eks. være en ambulatoriefunktion, hvor behandlerteamet fra den matrikel, der er godkendt til at varetage specialfunktioner, også varetager funktionen på anden matrikel. Sundhedsstyrelsen skal orienteres om udefunktioner.

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 syghuset samt overtage opfølgning af visse patientgrupper efter enten indlæggelse eller ambulat 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 sundhedsindsatser

De kommunale sundhedsindsatser er beskrevet overordnet i afsnit 5.4.2. I dette bilag uddybes nogle af de kommunale sundhedsindsatser, som ydes efter sundhedsloven. Kommunerne varetager flere sundhedsindsatser end dem, der beskrives her og derudover en række tilgrænsende indsatser efter andre lovgivninger, hvor borgerne ofte vil have et behov for en sundhedsfaglig indsats.

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 skabe sunde rammer for borgernes liv 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' beskrives 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 forebyggelsepakker anbefalinger til kommunernes brede forebyggende og sundhedsfremmende tilbud, som ligeledes kan samtænkes med sygehusfunktionerne for nærhospitalernes patientgrupper. Der er forebyggelsepakker 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 f.eks. 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 blandt andet 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 sundhedsydelse, som kan bidrage til at sikre børn og unge en sund opvækst og skabe gode forudsætninger for en sund voksen tilværelse. 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. Ligesom sundhedsplejen også er inde i dagtilbud og følger barnet gennem skolegangen.

Rusmiddelbehandling

Kommunerne er forpligtede til at tilbyde vederlagsfri lægelig behandling med afhængighedsskabende lægemidler til stofmisbrugere – såkaldt substitutionsbehandling. Substitutionsbehandling består af erstatning af et uhensigtsmæssigt stof eller lægemiddel med et mere hensigtsmæssigt lægemiddel med henblik på behandling af afhængighed.

Den lægelige behandling forudsættes at være en integreret del af den enkelte kommunes samlede behandlings- og omsorgstilbud til stofmisbrugere. Det er kommunens ansvar at tilrettelægge den samlede behandlingsindsats.

Den kommunale tandpleje

Den kommunale tandpleje består af børne- og ungdomstandpleje, der er målrettet alle børn og unge under 18 år, omsorgstændepleje, der ydes til borgere, som, grundet nedsat førlighed eller vidtgående fysisk eller psykisk handicap, kun vanskeligt kan udnytte de almindelige tandplejetilbud, samt specialtandpleje, der er et specialiseret tilbud målrettet personer med sindslidelse, udviklingshæmning m.v., der ikke kan benytte de almindelige tilbud i den kommunale tandpleje og praksistandplejen. Ydermere består den kommunale tandpleje af socialtandpleje, der er et vederlagsfrit tilbud målrettet borgere med særlige sociale problemer, som ikke kan benytte de øvrige tandplejetilbud i omsorgs- og specialtandplejen og i praksistandplejen. Endelig har kommunen ansvar for administration af tilskud til tandpleje efter sundhedslovens § 135, der vedrører økonomisk støtte fra kommunen til tandproteser som følge af ulykkesbetingede skader og skader som følge af epileptisk anfald.

Sundhed for alle ♥ + ●