



Nærhospitaler



Skitse til fagligt oplæg

Indholdsfortegnelse

1. Baggrund og formål	4
2. Introduktion	5
3. Vision for nærhospitaler	7
4. Definitioner og begreber	9
4.1. Nærhospital	9
4.2. Sygehusfunktion	9
4.3. Kommunal sundhedsindsats	10
4.4. Sygehus	10
5. Udvikling og udfordringer på området	11
5.1. Udviklingen på sygehusområdet	12
5.2. Udviklingen i kommunernes sundhedsopgaver	15
5.3. Udviklingen i almen praksis og privatpraktiserende speciallæger	18
5.4. Udviklingen i tværfagligt og tværsektorielt samarbejde	20
6. National faglig ramme for et nærhospital	23
6.1. Fagligt indhold og målgrupper	24
6.2. Nærhospitalers indplacering i sundhedsvæsenet	27
6.3. Samarbejde, organisering og kvalitet	28
6.4. Kriterier for placering	30
6.5. Visitation og henvisning til nærhospitaler	30
7. Definition(er)	31
Bilagsfortegnelse	32
Bilag 1: Lukkede somatiske sygehuse samt planlagte lukninger	33
Bilag 2: Kort over lukkede sygehuse	34
Bilag 3: Kort over sygehuse	35
Bilag 4: Kort over sygehuse i hovedstadsområdet	36
Bilag 5: Kort over tværsektorielle sundhedshuse	37
Bilag 6: Eksempler på målgrupper og delforløb i et nærhospital	38

1. Baggrund og formål

Sundhedsministeriet har bedt Sundhedsstyrelsen om at udarbejde et fagligt oplæg om nærhospitaler, som skal belyse nærhospitalers indplacering i sundhedsvæsenet, herunder kriterier for hvilke *regionale og tværkommunale* funktioner et nærhospital med fordel kan indeholde samt beskrivelser af, hvordan kvaliteten sikres i tilbuddene.

Formålet med Sundhedsstyrelsens faglige oplæg er at bidrage til en indledende kvalificering og konkretisering af det politiske ønske om etablering af nærhospitaler ved at opstille en overordnet national ramme og faglige anbefalinger for nærhospitaler i Danmark, som kan indgå som et oplæg til politisk forhandling.

Det er en præmis i opdraget, at nærhospitaler skal drives i samarbejde mellem region og kommune, og der peges i opdraget på, at der skal etableres 10 [-20] nærhospitaler. Etableringen af nærhospitaler skal ses i sammenhæng med øvrige tiltag i et kommende sundhedsudspil målrettet en styrket sammenhæng og øget nærhed i behandlingen, herunder forpligtende sundhedssamarbejder på tværs af sygehuse, almen praksis og kommuner samt en plan for kvaliteten i det nære sundhedsvæsen.

Sundhedsstyrelsen har haft kort tid til at udarbejde det faglige oplæg, og rammerne for arbejdet har ikke muliggjort involvering af interessenter i væsentligt omfang. Der er dog afholdt dialogmøder med KL, Danske Regioner, regioner, kommuner, patientforeninger og en række faglige organisationer. Der er desuden indhentet viden om konkrete eksempler på eksisterende tværsektorielle og tværkommunale samarbejder samt fra mindre sygehuse i landet, bl.a. i samarbejde med lokale fagfolk og planlæggere, som har bistået med at dele viden og erfaringer.

Det bemærkes, at der er tale om en første skitse til et oplæg for nærhospitaler. Der vil således efterfølgende være behov for yderligere faglig kvalificering af oplægget i regi af Sundhedsstyrelsen med inddragelse af kommuner, regioner, faglige miljøer, patientorganisationer mv. Dette kan fx gøres ved nedsættelse af arbejdsgrupper, der dels skal bidrage til rådgivning og analyse af, hvilke dele af patientforløbet, der kan foregå i et nærhospital, dels opstille faglige krav, anbefalinger og eventuelt standarder for kvalitet til funktionerne i et nærhospital samt til visitationen, ligesom det vil være relevant at arbejde videre med definitioner.

2. Introduktion

Der har i mange år været fokus på at øge kvaliteten i sygehusbehandlingen, og specialisering og samling af sygehusfunktioner har blandt andet været en vej til store behandlingsmæssige fremskridt. Sideløbende er der generelt i det samlede sundhedsvæsen sket en markant faglig udvikling bl.a. forårsaget af nye behandlingsmæssige og teknologiske muligheder. Sygehusbyggerierne er godt i gang, og regionernes sygehusplaner er ved at konsolidere sig, ligesom kommunerne siden strukturreformen har udviklet de kommunale sundhedsopgaver parallelt med udviklingen i sygehusvæsenet. Kommunerne varetager sundhedstilbud til stadig flere og mere komplekse borgere, men opgaverne varetages forskelligt på tværs af de enkelte kommuner, blandt andet på grund af uens vilkår i kommunerne.

Befolkningssammensætningen ændrer sig løbende, og i de kommende år vil der være et stigende antal ældre borgere, fordi vi lever længere, og samtidig vil flere leve med en eller flere kroniske sygdomme. Befolkningen har øgede forventninger til sundhedsvæsenet og forventer både høj kvalitet og tilgængelighed. Samtidig er der blevet længere afstand til sygehusbehandling. En afstand der ikke altid er nødvendig for at opretholde høj kvalitet. Nogle mennesker fx ældre og socialt udsatte borgere, kan desuden have svært ved at navigere i den nuværende struktur i et sektoropdelt sundhedsvæsen.

Alt dette peger på, at der er behov for at nytænke tilrettelæggelsen af det samlede patientforløb. Det taler ind i et behov for en styrkelse af dels kvaliteten i sygehusindsatser på hovedfunktionsniveau, dels de kommunale sundhedstilbud, så alle kommuner kan tilbyde deres borgere samme tilbud med samme høje kvalitetsniveau. Endelig taler det ind i et fortsat behov for øget tværsektorielt og tværfagligt samarbejde, der understøtter sammenhængende patientforløb.

Samlet set er der tale om udfordringer i sundhedsvæsenet, som der længe har været arbejdet med, og som der ikke er en let eller én fælles løsning på, men der er behov for en ændret opgavevaretagelse i sundhedsvæsenet. Etableringen af nærhospitaler kan ses som én del af løsningen, hvor der tænkes struktur og opgaveløsning på en ny måde i sundhedsvæsenet i både somatik og psykiatri. Ved etablering af nærhospitaler kan der tænkes nyt i forhold til tilrettelæggelsen af patientforløb, ved blandt andet at flere dele af typisk lange, komplekse patientforløb med mange kontakter i både sygehussektor og i det primære sundhedsvæsen kan ske mere nært med samme høje kvalitet, bl.a. gennem ændret opgavevaretagelse.

Med Sundhedsstyrelsens skitse til et fagligt oplæg for nærhospitaler adresseres således behovet for:

- øget nærhed til sygehusfunktioner, hvor det er fagligt hensigtsmæssigt og ressourcemæssig muligt, samt en styrkelse af disse funktioner ved inddragelse af tværfaglige kompetencer
- styrket kommunal opgaveløsning gennem tværkommunal organisering af tilbud i nærhospitaler
- øget tværsektorielt samarbejde hvor sygehuse, kommuner og almen praksis i højere grad tager ansvar for patientens samlede forløb, og hvor sundhedsindsatser bindes sammen på tværs af sundhedsvæsenet.

Med nærhospitaler vil der skabes mulighed for øget nærhed; det vil sige kortere fysisk afstand til nogle sygehusfunktioner for nogle patienter i udvalgte områder af landet, men det betyder ikke, at der nu placeres sygehuse i hvert lokalområde. Dertil kommer, at nærhed skal forstås mere bredt, idet der også arbejdes med at skabe øget tilgængelighed gennem virtuelle, telemedicinske løsninger og gennem udgående funktioner fra nærhospitalet.

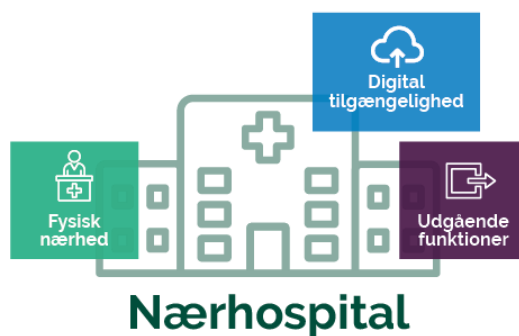
Samtidig skal nærhospitaler bidrage til at løfte kvaliteten i de kommunale sundhedsopgaver, ved at kommuner samarbejder tværkommunalt om nogle opgaver for dermed at sikre det tilstrækkelige befolkningsunderlag. Befolkningsunderlaget har betydning for, hvor mange borgere, der har brug for en given ydelse og er dermed afgørende i forhold til, i hvor høj grad sundhedsaktørerne har mulighed for opbygge og vedligeholde kompetencer i forhold til en given opgaveløsning. Dermed vil etableringen af nærhospitaler betyde, at der for nogle kommunale sundhedsopgaver vil ske en fysisk samling i nærhospitaler.

3. Vision for nærhospitaler

Sundhedsvæsenet skal indrettes, så det bedst muligt tager hånd om befolkningens sundheds- og sygdomsmæssige problemstillinger. Som beskrevet indledningsvist er der sket en række ændringer, der udfordrer den nuværende organisering, og etableringen af nærhospitaler kan udgøre en del af løsningen i arbejdet med at skabe et stærkere og mere sammenhængende sundhedsvæsen. Nærhospitaler kan dog ikke stå alene og skal ses i sammenhæng med både den nuværende struktur, men også i sammenhæng med potentielle nye strukturer som sundhedsklynger og andre tiltag for at styrke det primære sundhedsvæsen.

Det er et centralt element i etableringen af nærhospitalet, at der skal opnås øget nærhed til sundhedstilbuddene, og at det primære sundhedsvæsen skal styrkes. Nærhospitaler integreres i det samlede sundhedsvæsen som et tilbud, der understøtter nærhed på tre forskellige måder. Som illustreret i figur 1 kan nærhed her forstås som 1. fysisk nærhed 2. udgående funktioner og 3. øget tilgængelighed ved hjælp af digitale løsninger. Gennem disse veje til nærhed i indsatserne sikres en høj kvalitet i patientforløbet, hvor indsatserne bindes sammen på tværs af sektorer.

Figur 1: Nærhospitalets tre centrale veje til nærhed og tilgængelighed i indsatsen



I et nærhospital er der tale om sundhedstilbud, hvor læger, sygeplejersker og øvrige faggrupper 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 patienter og borgere.

Gennem disse veje til nærhed i indsatserne sikres en høj kvalitet i patientforløbet, hvor indsatserne bindes sammen på tværs af sektorer. De regionale funktioner rykker tættere på borgerne, og der skabes synergi til kommunale indsatser og indsatser på praksisområdet. De kommunale funktioner bindes sammen med de regionale gennem tværkommunale samarbejder. Desuden sikres kvaliteten gennem bedre digital understøttelse med telemedicin og virtuelle samarbejdsflader på tværs af sundhedsaktørerne i det enkelte patientforløb.

Der er behov for et sundhedsvæsen, som kan levere høj kvalitet til alle, uanset om man har en sygdom, som er sjælden eller almindelig, kræver kortvarig eller langvarig indsats, forudsætter enkelte eller mange forskellige faglige kompetencer, eller kræver ingen teknologi eller avanceret teknologi mm. Derfor vil der både være brug for højt specialiserede tilbud, der udbydes få steder i Danmark, centrale akutsygehuse der leverer akutte indsatser med involvering af mange lægefaglige specialer og sygehusfunktioner på hovedfunktionsniveau, og sundhedsfaglige indsatser lokalt, hvor befolkningen bor og lever og hvor der er sammenhæng på tværs af sundhedsvæsenets aktører.

Samlet er visionen for nærhospitaler, at de:

- bidrager til **ændret opgavevaretagelse af patientforløbene**, så mere kan ske nært, og der samtidig sikres en høj kvalitet i alle dele af forløbene
- bringer nogle sygehusfunktioner **tættere på patienten** og understøtter kvaliteten af disse samt skaber synergi til kommunale indsatser og indsatser på praksisområdet
- **understøtter højere kvalitet i kommunale indsatser**, hvor volumen er afgørende for den faglige kvalitet
- skaber løsninger, der kan **binde indsatser sammen på tværs af sektorer** med mulighed for at rumme brede sundhedstilbud på tværs af sektorer under ét tag eller i et tæt tværfagligt samarbejde
- bidrager til at **øge ligheden** i sundhedstilbud gennem **lettere adgang** for patient og borger, også til flere indsatser samtidig og via udgående eller digitale løsninger
- styrker sammenhængende forløb for patienter med **både somatisk og psykisk sygdom** og på den måde yde støtte til patientens samtidige problemstillinger, der går på tværs af sektorer.

Det betyder, at der i et nærhospital varetages dele af patientforløb, hvor der er potentiale for øget kvalitet ved mere nærhed, blandt andet fordi nogle patienter i dag kan have langt til sygehuset og dermed måske ikke tager imod sygehustilbuddet. Et nærhospital kan eksempelvis lave diagnostik, der ellers kun findes på akut- og specialsygehuse og varetage nogle basale, ukomplicerede sygehusydelse på hovedfunktionsniveau. Sygehusfunktioner, der varetages i nærhospitaler, skal varetages med samme høje kvalitet, som hvis de blev tilbudt på et akutsygehus o.l. Herudover har nærhospitaler tværkommunale funktioner, hvor der er behov for specialisering og ofte tæt samarbejde til sygehusydelsen. Et nærhospitals tilbud rummer både psykiatri og somatik, og bør som udgangspunkt varetage ambulante funktioner i dagtid, som minimum på hverdage, og har ikke akutte funktioner eller aften-/døgnfunktioner.

Et nærhospital kan bidrage til en øget lighed i sundhed ved at bringe nogle sundhedstilbud tættere på borgerne, særligt i områder, hvor disse sundhedstilbud enten ikke er til stede i dag, eller hvor afstanden er stor, eller hvor tilbuddet ikke er målrettet borgere med særlige behov. Tilgængeligheden af differentierede sundhedstilbud understøttes ved fysisk nærhed såvel som via virtuelle og udgående løsninger.

4. Definitioner og begreber

Sundhedsstyrelsen har i forskellige sammenhænge beskrevet og defineret væsentlige begreber og strukturer i sundhedsvæsenet med det formål at sikre ensartet forståelse af og forventning til indholdet. Kategoriseringen af sygehusfunktioner på hovedfunktions- og specialfunktionsniveau, herunder regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner, er blandt andet beskrevet i "Specialeplanlægning: begreber, principper og krav" tillige med forskellige modeller for samarbejde på sygehusene og en terminologi for eksempelvis assistancekrav¹. Senest er sygehuse, akutsygehuse og kommunale akutfunktioner mv. defineret i Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats"².

I det følgende defineres væsentlige begreber i forlængelse af etableringen af nærhospitalet som ny institution i sundhedsvæsenet. Definitionerne skal ses i kontekst med andre definitioner, hvorfor disse justeres hvis relevant.

Der er tale om **udkast** til definitioner, og det bør efterfølgende kvalificeres i en faglig proces.

4.1. Nærhospital

Sundhedsstyrelsen definerer et **nærhospital** som:

"en institution, der både leverer ambulante sygehusfunktioner under lægeligt ansvar og tværkommunale sundhedsindsatser."

4.2. Sygehusfunktion

Sundhedsstyrelsen definerer en **sygehusfunktion** som:

"en funktion der omfatter forebyggelse, udredning, behandling, palliation, rehabilitering og opfølgning under lægeligt ansvar af en specifik sygdom eller afgrænset sygdomsgruppe, og kan være kendetegnet ved brug af nærmere specificerede metoder eller teknikker."

¹ "Specialeplanlægning – begreber, principper og krav": [Rapport \(sst.dk\)](#)

² "Anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats – planlægningsgrundlag for de kommende 10 år": [Sundhedsstyrelsen](#).

4.3. Kommunal sundhedsindsats

Sundhedsstyrelsen definerer en **kommunal sundhedsindsats** som:

"en kommunal sundhedsindsats omfatter forebyggelse, opsporing, behandling, genoptræning, palliation og rehabilitering af nedsat funktionsevne, eller risiko for nedsat funktionsevne. Indsatsen ydes typisk af fagpersoner med sundhedsfaglige kompetencer m.fl., ikke nødvendigvis under lægeligt ansvar, og hvor indlæggelse ikke er relevant eller nødvendigt."

4.4. Sygehus

I forlængelse heraf bør det overvejes/er det nødvendigt at redefinere Sundhedsstyrelsens generelle definition på et sygehus³, da der heri indgår det forhold, at et sygehus tilbyder indlæggelse, hvilket ikke er tilfældet med nærhospitaler. En tilrettet definition af et **sygehus** kan tænkes noget i retning af nedenstående, men vil skulle kvalificeres nærmere:

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

³ Se "Anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats – planlægningsgrundlag for de kommende 10 år": [Sundhedsstyrelsen](#).

5. Udvikling og udfordringer på området

I det følgende beskrives de overordnede udviklingstendenser i sundhedsvæsenet udvikling, herunder i sygehusvæsenet, de kommunale sundhedsopgaver, praksissektoren og på tværs af sundhedsvæsenets aktører. Afsnittet gennemgår generelle udfordringer på sundhedsområdet, som nærhospitaler kan tale ind i, men det er vigtigt at understrege, at nærhospitaler alene kun kan bidrage med en del af løsningen på de beskrevne udfordringer. Etableringen af nærhospitaler skal ses i sammenhæng med behov for yderligere tiltag på området, herunder etablering af sundhedsklynger og ændret opgavevaretagelse i det primære sundhedsvæsen med beskrivelse af faglige standarder for varetagelsen af de kommunale sundhedsopgaver. Nærhospitaler taler således ind i nogle af sundhedsvæsenets udfordringer og kan ses som ét af flere skridt på vejen.

Følgende afsnit belyser, hvordan der i de senere år har været fokus på udviklingen af sundhedsvæsenet med henblik på at højne den faglige kvalitet i både det primære sundhedsvæsen og i sygehusvæsenet. Sidstnævnte er blevet mere samlet og specialiseret, og kvaliteten i behandlingen er markant forbedret i takt med udviklingen. Den gennemsnitlige liggetid på sygehuset er blevet reduceret, det primære sundhedsvæsen har fået stadig flere og mere komplekse opgaver og har opkvalificeret betydeligt sundhedsfagligt, men med fortsatte store forskelle i tilbud og kvalitetsniveau. Der er afprøvet og etableret modeller for sundhedshuse, sundhedscentre, tværkommunale samarbejder og tværsektorielle samarbejder, herunder en del med fokus på den ældre medicinske patient, patienter med de store kendte kroniske sygdomme, akutområdet m.m. I sygehusvæsenet er der også flere eksempler på udgående funktioner og telemedicinske løsninger, som kan bringe funktioner i sygehuset tættere på borgeren/patienten, men der er stadig et stort udækket potentiale i at binde sundhedsvæsenets tilbud sammen på tværs af sektorgrænser.

Dertil kommer en erkendelse af, at der er social ulighed i sundhed og sygdom. En ulighed der blandt andet ses i selve kontakten med sundhedsvæsenet. Der er dokumenteret viden om, at bl.a. afstand og udbud af ydelser påvirker brugen af sundhedsydelser⁴. Sundhedsstyrelsen har igangsat en undersøgelse i samarbejde med Statens Institut for Folkesundhed i forhold til at afdække, om der er en sammenhæng mellem høj sygdomsbyrde og geografiske udkantsområder, hvor der er en højere koncentration af borgere med lav uddannelse. Hvis der er en sammenhæng kan det pege på, at en konsekvens af sundhedsvæsenets specialisering og samling er, at store grupper af borgere med lavere uddannelse og større sygdomsbyrde bor i områder, hvor den geografiske afstand til relevante eller specialiserede sundhedstilbud er blevet større. Til sammenligning bor store

⁴ Indsatser mod ulighed i sundhed, Sundhedsstyrelsen 2020.

grupper af borgere med højere uddannelse og lavere sygdomsbyrde i områder, hvor den geografiske afstand til sundhedstilbud ikke er blevet større. Nærhed til sundhedstilbud er således væsentlig i relation til den borger-patientoplevede kvalitet, ligesom det kan have betydning for den sociale ulighed i sundhed.

Samlet set tegner der sig et billede af en række udfordringer, som varierer ud fra lokale forhold og forekommer i forskellig grad på tværs af landet, og som i samspil med andre tiltag i sundhedsvæsenet, hver for sig kan tale ind i etableringen af nærhospitaler, som en del af løsningen på udfordringen.

5.1. Udviklingen på sygehusområdet

Med strukturreformen i 2007 blev amterne nedlagt, og der blev oprettet fem regioner. Regionerne blev væsentligt større end amterne, og deres hovedopgave blev drift af sygehusvæsenet. På tværs af de fem regioners sygehusvæsen er der behov for at sikre ensartede tilbud og en regulering af de mest specialiserede sygehusopgaver. Både fagligt og politisk var der i tiden op til fokus på, hvordan man kunne sikre kvalitet, evidens og kompetencer på sygehusene, og der var begyndende overvejelser omkring befolkningsunderlagets betydning for varetagelsen af sygehusopgaver. Specialiseringen af sundhedsvæsenet var accelereret i årene op til, og der kom en tiltagende anerkendelse af behovet for regulering på tværs og samling af kompetencer med henblik på at sikre kvalitet mm. Sideløbende havde den tiltagende lægefaglige specialisering og implementeringen af de forskellige betænkninger fra kommissioner på sundhedsområdet stor indflydelse på udformningen af sygehusvæsenet, ligesom der kom fokus på patientrettigheder og nedbringelse af ventetider. Samtidig blev der arbejdet målrettet på at øge behandlingskvaliteten på eksempelvis kræft- og hjerteområdet. Et led i denne udvikling blev blandt andet, at specialeplanlægningen som styringsinstrument blev skrevet ind i sundhedsloven i 2007. Med specialeplanlægningen fik Sundhedsstyrelsen beføjelser til at regulere en mindre del af sygehusfunktionerne, nemlig de områder der er særligt komplicerede, sjældne eller ressourcekrævende, ud fra et fagligt princip om "øvelse gør mester"; en sammenhæng mellem volumen, erfaring og kvalitet. Der har således gennem en årrække været stort fokus på kvalitetsforbedring i den specialiserede behandling på sygehusene, mens der ikke i samme grad har været systematisk fokus på kvalitetsudvikling af hovedfunktionsniveauet. Endvidere har fokus på at sikre kvalitet i varetagelsen af de konkrete specifikke specialfunktioner måske vægtet højere end at understøtte betydningen af det tværfaglige og tværsektorielle og sammenhæng i patientforløb på tværs af specialer, sektorer mm.

I 2007 udarbejdede Sundhedsstyrelsen anbefalinger for tilrettelæggelse af det akutte beredskab, der blev fulgt op af nye anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats i 2020⁵. Anbefalingerne fra 2007 blev paradigmesættende for den fremadrettede

⁵ <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2020/anbefalinger-for-organisering-af-den-akutte-sundhedsindsats>

struktur i sygehusvæsenet, og med økonomiaftalerne 2008 og 2009 og kvalitetsreformen blev der afsat midler til investering i nyt sygehusbyggeri, der blandt andet tog udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger på akutområdet. Der blev dermed nationalt og regionalt sat en retning for udviklingen af sygehusvæsenet, der gik mod større og færre sygehuse for at understøtte kvaliteten. En række mindre sygehuse blev nedlagt, og sygehusfunktioner blev samlet. En udvikling der bl.a. betød, at antallet af sygehuse med akut modtagelse af somatiske patienter blev halveret på landsplan fra over 40 i 2005 til 21 i dag. Se bilag 1 og 2 for oversigt samt kort over lukkede sygehuse samt planlagte lukninger. De tidligere mindre sygehuse rummede en lang række funktioner, herunder eksempelvis akut kirurgi, dagkirurgi, medicinsk dagklinik, radiologi, CT-skanning, urologi, reumatologi, gynækologi og obstetrik, geriatri mm., og med sygehuslukningerne betød det generelt en øget afstand til sygehustilbuddet for en stor del af befolkningen. Se bilag 3 og 4 for et kort over sygehusene i Danmark.

De igangværende sygehusbyggerier, der står færdige inden for de kommende år, betyder samtidig, at sengekapaciteten reduceres på sygehusene, mens den ambulante aktivitet øges væsentligt⁶. Behandlinger, som før krævede indlæggelse, vil dermed i højere grad klares hurtigere og ved dagkirurgi.

Sideløbende med samlingen og specialiseringen af sygehusvæsenet har der været en tilsvarende løbende udvikling, hvor regionerne på andre områder har arbejdet med at placere sygehusbehandling tættere på patientens nærmiljø, og hvor udredning og behandling, der tidligere blev varetaget på et specialiseret niveau, gradvist er blevet så almindeligt og etableret, at det vil kunne varetages på hovedfunktionsniveau og nogle gange uden for sygehusregi i fx speciallægepraksis, for at tilgodese at behandlinger kan ske i patientens nærmiljø, når det er fagligt hensigtsmæssigt. Denne udvikling er bl.a. blevet understøttet af puljen om nærhedsfinansiering i økonomiaftalen mellem Danske Regioner og regeringen for 2019, som ny styringsmodel for regionerne, der skal medvirke til at give økonomisk incitament til at skabe større nærhed i sundhedsvæsenet for borgerne via såkaldt nærhedsfinansiering⁷. Ligesom overenskomstaftalen for almen praksis 2018-2021, der indebærer, at almen praksis varetager den største del af behandlingen af patienter med KOL og type 2-diabetes, og at ansvaret for udvalgte patienter med kroniske sygdomme således flyttes fra sygehus til almen praksis.

Dertil kommer, at der også er øget fokus på en mere fleksibel anvendelse af sygehusenes specialiserede kompetencer og viden i form af udgående sygehusfunktioner og en forbedret adgang for den kommunale hjemmesygepleje og almen praksis til specialistrådgivning fra sygehusene. Et eksempel er den ældre medicinske patient, som i perioder kan have behov for sygehusenes specialiserede kompetencer og viden i eget hjem. Det kan både være i form af besøg fra en udgående funktion, eller ved at sygehuset rådgiver

⁶ Regeringens ekspertpanel (nedsat i 2007 til at vurdere de enkelte sygehusbyggeprojekter) har forud for sygehusbyggerierne anbefalet at reducere sengekapaciteten med 20 procent og øge behandlingskapaciteten (den ambulante kapacitet) med 50 procent.

⁷ Nærhedsfinansiering er en pulje, som udløses, når regionerne opfylder en række kriterier, som skal styrke sammenhængen i sundhedsvæsenet, så borgerne modtager den rette behandling det rette sted.

patientens praktiserende læge eller den kommunale sygepleje, så de kan varetage den fortsatte behandling og pleje af patienten. Behandling i borgers hjem kan også foregå i samarbejde med kommunerne, som vi ser det i dag inden for fx kommunale akutfunktioner og IV-behandling, dialyse, styrket sundhedsfaglig indsats på plejehjem, udgående funktioner i psykiatrien, geriatiske teams mv.

Udfordringer

Der er bred faglig enighed om, at samlingen og specialiseringen af sygehusvæsenet sammen med en lang række andre tiltag som fx indførelse af patientrettigheder og beskrivelse af patientforløb på blandt andet kræftområdet generelt har bidraget til et markant kvalitetsløft og understøttet en nødvendig faglig udvikling med stor betydning for patienter og faglige miljøer, som bør understøttes og fastholdes også i fremtiden. Centraliseringen af sygehusvæsenet har dog samtidig også haft en række afledte konsekvenser, herunder:

- Lang afstand til sygehusstilbud
- For lidt fokus på de brede sygehusfunktioner og tværsektorielt samarbejde

Lang afstand til sygehusstilbud

Der er blevet længere afstand til sygehusbehandling, og særligt for udvalgte patientgrupper og i forhold til sygehusbehandling af mindre kompleks karakter er den manglende nærhed en væsentlig udfordring. En stigende andel af sygehusbehandlingen omlægges til ambulante behandling, og patienter kan have mange kontakter på tværs af specialer og sektorer med patientforløb, der indebærer gentagne besøg på sygehuset. For den enkelte patient, kan der være tale om mange besøg, også over lange afstande, og også nogle gange meget lang transport for behandlinger af mindre kompleks karakter. For nogle patienter bliver nærhed til sundhedstilbuddene en faktor, der kan være afgørende for oplevelsen og succesen i patientforløbet. Det kan fx være tilfældet med mennesker med multisygdom, der typisk er i flere forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringsforløb. På samme måde udfordres patienter, der både har en psykisk og en somatisk sygdom betydeligt, ligesom der kan være ulighed i forhold til, hvem der navigerer bedst i det specialiserede og centraliserede sygehusvæsen og dermed får størst gavn af tilbuddene. Eksempelvis kan det være svært at finde ud af, hvad der er relevant at sige i en konsultation, eller måske har man alt for mange kilometer til behandlingsstedet og synes, det er svært at tage imod tilbuddet. Hvis man har en kort uddannelse, har man højere risiko for sygdom, end hvis man har en lang uddannelse ligesom konsekvenserne af sygdom rammer én hårdere.

Et nærhospital vil kunne bidrage til at skabe nærhed ved, at nogle sygehusfunktioner placeres geografisk tættere på patienterne. Desuden samles mange funktioner ét sted, hvilket bidrager til, at patienterne lettere kan navigere i de ofte samtidige indsatser.

For lidt fokus på de brede sygehusfunktioner og tværsektorielt samarbejde

Patienter er indlagt i kortere tid og udskrives oftere med fortsat sygeplejefaglige behov. Der ses en stigende andel ambulante forløb på sygehusene, og der er dimensioneret

med færre sengepladser i de nye sygehusbyggerier. Samtidig er der udfordringer med behandling over større geografiske afstande, lægemangel i yderområder, og behov for behandling i hjemmet, fx til ældre, immobile og sårbare grupper, herunder patienter med psykisk sygdom. Der eksisterer og afprøves allerede modeller for udgående og frem-skudte sygehusfunktioner, ligesom telemedicinske og virtuelle løsninger løbende tages i brug. Der er dog fortsat behov for at tænke sygehusbehandling væsentlig anderledes, så sygehusene vender sig mere udad mod resten af sundhedsvæsenet, tager et større populationsansvar og arbejder med modeller for sygehusbehandling tættere på patientens nærmiljø, og samtidig forpligter sig til at understøtte behandlingen i primær sektor med specialiseret lægefaglig rådgivning koblet op på sygehusene.

Et nærhospital kan være et led i denne udvikling og kan bidrage til, at nogle sygehusfunktioner bliver mere udadvendte, dels ved at kompetencer fra akutsygehusene bliver mere tilgængelige tættere på patienten blandt andet ved delegation samt rådgivning mv. via virtuelle og telemedicinske løsninger samt ved udkørende funktioner fra nærhospitalerne til patienter med særlige behov.

5.2. Udviklingen i kommunernes sundhedsopgaver

I forbindelse med strukturreformen blev 98 kommuner dannet og afløste de tidligere 271 kommuner. Kommunerne blev således væsentligt større, så flere velfærdsopgaver kunne løses i kommunerne. Kommunerne varierer i dag fra den mindste kommune med knap 1.800 indbyggere til den største kommune med over 600.000 indbyggere⁸. Kommunerne overtog blandt andet det samlede ansvar for den forebyggende og sundhedsfremmende indsats, herunder forebyggelse, pleje og genoptræning, der ikke foregår under indlæggelse, behandling af alkohol- og stofmisbrug, socialpsykiatri, hjemmesygepleje, sundhedspleje, børne- og ungdomstandpleje, omsorgstandpleje, specialtandpleje, og senest socialtandpleje (indført 2019). Formålet var, at forebyggelse og sundhedsfremme skulle integreres med de øvrige kommunale opgaver i borgernes nærmiljø. Endvidere blev behandling af alkohol- og stofmisbrug samt det specialiserede tandplejetilbud til sindslidende, psykisk udviklingshæmmede mfl. kommunernes ansvar. Derudover skulle en ny finansieringsordning understøtte kommunernes opgavevaretagelse på sundhedsområdet, idet kommunerne som noget nyt skulle være med til at finansiere sundhedsvæsenet⁹.

Kommunerne har i stigende grad udvidet og udviklet deres opgavevaretagelse, så de i dag varetager flere og mere komplekse sundhedsfaglige opgaver. I en undersøgelse foretaget af KL fra 2018 svarer alle kommunerne, at de har overtaget opgaver, der tidligere

⁸ Danmarks Statistik, Statistikbanken, maj 2021

⁹ Den kommunale medfinansieringsordning skulle give den enkelte kommune et incitament til løbende at varetage pleje-, træning- og forebyggelsesindsatsen så effektivt som muligt, så kommunen vedvarende præsterer relativt bedre end andre kommuner.

blev løst på sygehuset¹⁰. Ifølge undersøgelsen drejer det sig først og fremmest om opfølgende sygepleje efter indlæggelse på sygehus, øget koordinering som følge af at borgerne udskrives tidligere og derfor oftere har behov for sundhedsfaglig bistand samt forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom (sundhedsfaglig rehabilitering) og genoptræning. Sidstnævnte blev placeret i kommunerne i 2007, men aktiviteten har været stærkt stigende, og der er sket en betydelig faglig udvikling på området.

De senere år er der etableret eksempler på tværkommunale samarbejder om indsatser, hvor borgergrundlaget er for lille til, at der kan etableres et tilbud i de enkelte kommuner eller hvor der er behov for tværkommunalt samarbejde for at etablere et tilbud af tilstrækkelig god kvalitet. Tværkommunalt samarbejde er anbefalet i flere af Sundhedsstyrelsens publikationer, ligesom det i Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner fastslås, at tværkommunalt samarbejde kan være nødvendigt for at opnå tilstrækkeligt befolkningsunderlag med henblik på at opnå og vedligeholde den nødvendige faglige kvalitet i indsatsen ved patientgrupper med lille til moderat forekomst. Men tværkommunalt samarbejde er endnu ikke meget udbredt. Det er dog etableret nogle steder med korte afstande mellem kommunerne, og hvor borgerne således ikke skal rejse langt for at modtage et tværkommunalt tilbud i nabokommunen.

Kommunerne har arbejdet systematisk med varetagelsen af de nye komplekse opgaver efter strukturreformen. I takt med at kommunerne varetager flere og mere komplekse opgaver får landets kommuner dog også større behov for at kunne samarbejde tættere med sygehuse og praktiserende læger. Flere borgere lever længere med komplekse sygdomme, og mere behandling og pleje foregår uden for sygehusene. På en række områder, relateret til forskellige kroniske sygdomme, er der udarbejdet redskaber af overvejende organisatorisk karakter til at understøtte planlægningen, herunder forløbsprogrammer for de større kroniske sygdomme såsom KOL og diabetes, eller tværsektorielle anbefalinger. Med undtagelse af kvalitetsstandarderne til kommunale akutfunktioner er der generelt ikke udarbejdet ensartede og forpligtende kriterier for kvaliteten i sundhedstilbuddet, ligesom der ikke stilles nationale krav til opgaveløsningen.

Udfordringer

Der er sket en markant udvikling i varetagelsen af de kommunale sundhedsopgaver, og kommunerne varetager stadig flere og mere komplekse opgaver. Samtidig er den kommunale opgaveløsning udfordret på nogle væsentlige parametre, herunder:

- Manglende nationale kvalitetskrav
- Utilstrækkeligt befolkningsvolumen i nogle kommunale sundhedstilbud
- Udækket behov for lægefaglig og generel sundhedsfaglig understøttelse

¹⁰ <https://www.kl.dk/nyheder/momentum/2018/kommuner-overtager-sygehusopgaver-men-mangler-klare-rammer/>

Manglende nationale kvalitetskrav

Kommunerne kan inden for det kommunale selvstyre langt overvejende selv varetage sundhedsopgaven. For en række sundhedsopgaver i kommunerne er der behov for nationale krav og anbefalinger til opgaveløsningen med henblik på at sikre kvaliteten i indsatsen på tværs af kommuner, og det betyder, at borgeren på tværs af landet ikke nødvendigvis møder samme vifte af tilbud, ligesom kvaliteten i de enkelte tilbud er uensartede.

En forudsætning for, at et nærhospital kan være ramme for styrkelse af de kommunale sundhedsopgaver er bl.a., at der udarbejdes faglige kvalitetsstandarder for de kommunale opgaver med henblik på at skabe ensartede kvalitet.

Utilstrækkeligt befolkningsvolumen i nogle kommunale tilbud

Opgaverne bliver grebet forskelligt an i kommunerne og løses på forskellig vis og med forskellig kvalitet. Kommunerne har et meget forskelligt grundlag for at etablere sundhedstilbuddene, herunder geografi, socioøkonomisk sammensætning, afstand til sygehus og antal praktiserende læger og øvrige speciallæger og demografi. Mens der på sygehusområdet har været planlagt med udgangspunkt i at sikre tilstrækkeligt patientunderlag i varetagelsen af sygehus tilbud, har der ikke i samme grad konsekvent været fokus på, at kommunerne inden for nogle komplekse og mindre hyppigt forekommende indsatser kan være udfordrede af at være for små populationsmæssigt og derved ikke kan etablere fagligt bæredygtige sundhedstilbud.

Et nærhospital kan bidrage til, at der etableres fagligt bæredygtige sundhedstilbud i kommunerne gennem tværkommunale samarbejder med henblik på at sikre et tilstrækkeligt befolkningsvolumen. Et nærhospital understøtter således, at der er tilbud til alle borgere uanset hvor de bor.

Udækket behov for lægefaglig og generel sundhedsfaglig understøttelse

Den stigende kompleksitet i opgaveløsningen i primær sektor betyder desuden, at der efterspørges øget grad af lægefaglig og generel sundhedsfaglig understøttelse i varetagelsen af de kommunale sundhedstilbud, da kommunerne i stigende grad har behov for at kunne rådføre sig med sygehuse og praktiserende læger. Flere borgere lever længere og med flere komplekse sygdomme, og fremover vil mere behandling og pleje foregå uden for sygehusene.

Et nærhospital kan bidrage til, at kommunerne får bedre adgang til lægefaglig og generel sundhedsfaglig understøttelse dels ved at samle kommunale, regionale og praksis-funktioner ét sted med henblik på at styrke det tværsektorielle samarbejde, dels ved nærhospitalets tætte opkobling til kompetencer i akutsygehusene.

5.3. Udviklingen i almen praksis og privatpraktiserende speciallæger

De almen praktiserende læger udgør en nøglerolle i sundhedsvæsenet. De er som regel patienternes første kontakt til sundhedsvæsenet, de afslutter selv hovedparten af patienterne og fungerer som den primære visitator til resten af sundhedsvæsenet. De er dermed 'gatekeepere' til det mere specialiserede sundhedsvæsen. De har desuden vigtige funktioner i samarbejdet med det kommunale social- og sundhedsvæsen. De opgaver, almen praksis varetager, forudsætter at praksis er til stede inden for rimelig afstand til borgerne i alle dele af landet og er hensigtsmæssigt fordelt geografisk. Praksisområdet har i de senere år undergået flere forandringer. Flere praktiserende læger etablerer sig i dag i læge- og sundhedshuse, hvor der typisk er tilknyttet flere læger og andet praksispersonale, herunder fx sygeplejersker. I 2018 er knap 50 pct. af alle praksis på landsbasis dog fortsat indrettet som solopraksis, og i Region Hovedstaden er andelen af solopraksis oppe på ca. 60 pct. En del danskere oplever i dag, at det kan være svært at finde en læge i nærområdet, og tilstrækkelig lægedækning vil være en udfordring i årene fremover¹¹.

Almen praksis vil fremover fortsat skulle løse flere og nye opgaver, end de gør i dag. Den ældre del af befolkningen har oftere kroniske sygdomme sammenlignet med resten af befolkningen. Den demografiske udvikling forventes derfor at være forbundet med en stor stigning i antallet af borgere med kroniske sygdomme, fx KOL og type 2-diabetes. Almen praksis har et ansvar for behandlingen af disse grupper af patienter, og for mange er det en fordel at modtage behandling i deres nærmiljø, så sygdom griber mindst muligt ind i deres hverdag. Med overenskomsttalen for almen praksis for 2018-2021 er der, ud over opgaveflytningen for patienter med henholdsvis type 2 diabetes og KOL, desuden implementeret en række anbefalinger fra Lægedækningsudvalget¹². Herunder en model for en ændret honorering i almen praksis, så de praktiserende læger, der har mange syge borgere, eller som ligger i et lægedækningstruet område, får et højere honorar. Det skal medvirke til at skabe bedre lægedækning i hele Danmark.

Foruden almen medicin er der også en lang række andre privat praktiserende speciallæger, og hvert år behandles cirka 1,9 millioner danskere hos en praktiserende speciallæge. Der er cirka 1.000 praktiserende speciallæger, fordelt på en række specialer, blandt andet praktiserende øjenlæger, øre-næse-halslæger og gynækologer. Sygehusvæsenet suppleres af de praktiserende speciallæger, og arbejdsdelingen i den ambulante speciallægebetjening mellem sygehuse og speciallægepraksis er forskellig fra region til region¹³. De fleste bliver henvist til speciallægebehandling af den praktiserende læge (behandling hos øjenlæger og øre-, næse- halslæger kræver dog ikke henvisning¹⁴). Der er store geografiske forskelle på lægedækningen inden for praktiserende speciallæger, hvor lægedækningen er størst nær de store byer.

¹¹ Lægedækning i hele Danmark – Rapport fra regeringens lægedækningsudvalg, 2017.

¹² Lægedækning i hele Danmark – Rapport fra regeringens lægedækningsudvalg, 2017.

¹³ Lægedækning i hele Danmark – Rapport fra regeringens lægedækningsudvalg, 2017.

¹⁴ Praktiserende speciallæger | Sundhedsministeriet (sum.dk).

Udfordringer

Hvor opgaveløsning og struktur i både sygehus og kommuner har ændret sig markant siden strukturreformen er der ikke på tilsvarende vis sket samme markante udvikling i strukturen omkring almen praksis og blandt de øvrige privat praktiserende speciallæger. Det peger på en række udfordringer i relation til praksisområdet:

- Uforløst potentiale i forhold til almen praksis som styrket samarbejdspart i det samlede sundhedsvæsen
- Udækket behov for specialespecifik specialist rådgivning til almen praksis

Uforløst potentiale i forhold til almen praksis som styrket samarbejdspart i det samlede sundhedsvæsen

Den strukturelle udvikling mod større lægehuse sker kun langsomt, og der er udfordringer med rekruttering i almen medicin i alle del af landet. Det sammenholdt med, at den demografiske udvikling med flere ældre og patienter med kronisk sygdom og multisygdom, og flere borgere med behov for hjælp i almen praksis og speciallægepraksis indebærer et behov for, at de privat praktiserende speciallæger/almen praksis i højere grad indgår som en integreret del af sundhedsvæsenet og i tværsektorielle samarbejder. Der er behov for at videreudvikle speciallægepraksis, således at speciallægepraksis i endnu højere grad bliver en integreret del af sundhedsvæsenet og indgår i forpligtende samarbejde med resten af sundhedsvæsenet. Ligeledes skal speciallægepraksis være med til at sikre det nære tilbud til patienter med behov for specialiseret behandling.

Et nærhospital kan bidrage til, at almen praksis og speciallægepraksis i højere grad indgår som en integreret del af sundhedsvæsenet, da et forpligtende tværsektorielt samarbejde en væsentlig forudsætning, herunder at der etableres samarbejdsmodeller og virtuelle løsninger til at understøtte disse.

Udækket behov for specialespecifik specialist rådgivning til almen praksis

Den demografiske udvikling og udviklingen mod at almen praksis løfter flere opgaver, betyder at der er et øget behov for, at speciallægepraksis og sygehusene, i højere grad end i dag, understøtter og rådgiver almen praksis, og at almen praksis' adgang til specialistrådgivning forenkles, for at få mulighed for lettere adgang til diagnostik og at iværksætte behandling hurtigere og varetage en større del af behandlingsforløbene. Ligeledes gælder det samme for privatpraktiserende speciallæger, der efterspørger faglig rådgivning og tættere samarbejde med sygehusene. Dertil kommer, at der er behov for, at almen praksis understøtter den kommunale sygepleje i deres opgaveløsning.

Et nærhospital kan bidrage til, at almen praksis – 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.

5.4. Udviklingen i tværfagligt og tværsektorielt samarbejde

Der er bred enighed om, at der er brug for øget samarbejde på tværs af regioner og kommuner, samt praksisområdet. Der har over årene været afprøvet en række forskellige og lokale løsninger, men der har aldrig været implementeret en samlet national løsning.

Den politiske ramme omkring det tværsektorielle samarbejde er sundhedsaftalerne¹⁵ som udgør den overordnede, generelle ramme for samarbejdet på sundhedsområdet mellem kommuner og regioner, herunder almen praksis. Formålet er at bidrage til sammenhæng og koordinering af forløb, der går på tværs af regioner og kommuner med fokus på kvalitet, effekt og patienttilfredshed. For den enkelte borger er målet en indsats af høj og ensartet kvalitet uanset antallet af kontakter eller karakteren af den indsats, der er behov for. I regi af sundhedsaftalerne er der udviklet en række initiativer til at styrke koordinering, kommunikation og udviklingen af nye samarbejdsformer med henblik på at sikre effektive og sammenhængende forløb for borgeren. Det drejer sig fx om forløbskoordination, opfølgende hjemmebesøg, samarbejdsaftaler omkring kommunale akutfunktioner, udgående funktioner fra sygehus og etablering af sundhedshuse, sundhedscentre mm. og afprøvning af en række forskellige modeller for samarbejde. Se bilag 5 for kort over tværsektorielle sundhedshuse.

Etableringen af sundhedshuse har været udtryk for en vej til at styrke det kommunale opgavesæt og styrke det tværsektorielle samarbejde¹⁶. Der findes ikke en entydig definition på et sundhedshus, og karakteren af sundhedshuse varierer i omfang og indhold¹⁷. Der er både små sundhedshuse med få funktioner, som fx kommunale forebyggelsesfunktioner, fysioterapi og almen praksis, og store sundhedshuse med mange og tværsektorielle funktioner, som fx kommunal forebyggelse og rehabilitering, sundhedsplejerske, jordemoder, almen praksis, blodprøvetagning og private fysioterapeuter.

Der er etableret sundhedshuse eller lignende i hovedparten af kommunerne, og knap halvdelen af sundhedshusene er etableret tværsektorielt med både kommunale, regionale og private funktioner.

Et andet væsentligt tværsektorielt samarbejde er fælles forløbskoordination i overgangen mellem sygehus og kommune for ældre medicinske patienter hvor formålet er, at særligt svækkede ældre medicinske patienter får intensiveret, personligt tilpasset koordinerende

¹⁵ Fastlagt i sundhedslovens §§ 203-205 samt i Bekendtgørelse nr. 679 af 30. maj 2018 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

¹⁶ I 2017 etablerede regeringen en separat pulje til modernisering og etablering af læge- og sundhedshuse, som blev udmøntet i 2018 og 2019. Sundhedshusene udgør en fælles fysisk ramme for praktiserende læger, speciallæger, kommunale sundhedstilbud, og udgående sygehusfunktioner, hvilket muliggør samarbejde og sikrer et forbedret patientforløb. Som led i denne udvikling blev der afsat yderligere midler (4 mia. kr.) til moderne sundhedshuse med praktiserende læger og andet sundhedspersonale med aftalen om en Nærhedsfond i 2020-2025 til et ekstraordinært løft af sundhedsvæsenet. Formålet med Nærhedsfonden er at øge kapaciteten og løfte kvaliteten hos de praktiserende læger og kommunerne, så patienterne kan få sammenhængende behandling for mindre komplicerede sygdomme tættere på deres hjem og undgå unødvendige sygehusbesøg.

¹⁷ Martin Sandberg Buch og Mette Bjerregaard Nakskov Sundhedscenter og Kalundborg Sundheds- og Akuthus samt Lægecenter Status og fremadrettede perspektiver for udvikling og samarbejde, KORA, 2015.

støtte til et sammenhængende og trygt forløb, når de indlægges og udskrives fra sygehus.

Dertil kommer, at tværsektorielt samarbejde sker digitalt via nye telemedicinske løsninger, hvor der er flere igangværende og kommende samarbejder i gang på tværs af kommuner, almen praksis og sygehuse. Endvidere har både regioner, kommuner og praksissektor under COVID-19 pandemien iværksat en lang række innovative tiltag både i relation til udredning og behandling af patienter med COVID-19 og til patienter med andre sygdomme og tilstande. Herunder fx konsultationer med egen læge, udvidet brug af telemedicinske løsninger til patienter med fx hjertesvigt og ikke mindst en generel udbredt anvendelse af telefon- og videokonsultation, hvor det skønnes muligt, og som kan danne grundlag for udviklingen også fremadrettet. Telemedicin gør det muligt at levere sundhedsydelser over afstand - uafhængigt af geografi.

Som nævnt tidligere er der iværksat forskellige overordnede tiltag med henblik på at styrke det tværsektorielle samarbejde i regi af sundhedsaftalerne mv., samarbejde om det fælles patientforløb med opstilling af fælles målsætninger, en række samarbejdsaftaler om forskellige målgrupper er knopskudt mv. Senest har Regeringen, Danske Regioner og KL indgået aftale om at etablere nye, forpligtende og formaliserede 'sundhedsklynger' omkring hvert af landets 21 akutsygehuse.

Udfordringer

Samlet set har der været en betydelig udvikling i det tværsektorielle samarbejde, men der er fortsat også i høj grad behov for at arbejde videre med at sikre sammenhæng og samarbejde blandt sundhedsvæsenets aktører og for patient/borger oplevelsen af et sammenhængende patientforløb. Der tegner sig således en række udfordringer, herunder:

- Manglende sammenhæng og samarbejde på tværs af sundhedsvæsenet
- Begrænset mulighed for at dele viden og data på tværs af sundhedsvæsenet

Manglende sammenhæng og samarbejde på tværs af sundhedsvæsenet

Med en stigende kompleksitet i opgaveløsningen, patienter der udskrives tidligere fra sygehus og en del patienter, der har forløb på både sygehus, kommune og almen praksis øges behovet for tværfagligt og tværsektorielt samarbejde. Der er fortsat udfordringer på området, og det har der været i mange år uden, at samarbejdet og sammenhængen for alvor er blevet væsentlig bedre. Der er fx stadig udfordringer med, at borgere ikke bliver henvist til rette kommunale indsatser, at der efter et indlæggelsesforløb ikke er et kommunalt tilbud klart i den anden ende, og at der ikke bliver fulgt op på behov efter udskrivelser. Borgere kan fx få senfølger efter en kræftsygdom måneder efter udskrivelsen fra sygehuset med risiko for, at de her falder mellem to stole, fx fordi egen læge ikke er opmærksom på muligheden for og behovet for at patienten udredes og behandles for senfølger. Der er fortsat udfordringer med manglende glidende overgange i patientforløbet og for usammenhængende forløb, som kan betyde, at patienter føler sig utrygge, eller at de har ansvaret for selv at sikre, at de modtager det rette forløb.

Et nærhospital kan bidrage til, sammen med andre initiativer, at patientforløbene bliver mere sammenhængende, ved at flere funktioner samles ét sted. Dette kan lette koordineringen mellem delforløb, herunder understøtte gode overgange fra det ene delforløb til det andet samt sikre en løbende tværfaglig opfølgning og henvisning til de rette tilbud.

Begrænset mulighed for at dele viden og data på tværs

Lovgivning og teknologi vanskeliggør deling af oplysninger om patienten i patientforløbet på tværs af kommuner og på tværs af sektorgrænser, hvilket er en væsentlig hæmsko for samarbejdet. Der er i dag allerede flere initiativer i gang for at undersøge og forbedre mulighederne i forhold til lovgivning og teknologi, men manglende viden på tværs er fortsat en grundlæggende udfordring i forhold til at opnå et sammenhængende sundhedsvæsen og sammenhæng i patientforløb. Det gælder særligt på tværs af sektorgrænser, men også mellem de enkelte kommuner og regioner vanskeliggør lovgivningen muligheden for at dele viden. Det betyder eksempelvis, at oplysninger om den enkelte patient kan blive tabt mellem sektorer, hvormed den enkelte sundhedsaktør ikke har mulighed for den fulde indsigt i patientforløbet. Dette risikerer at forringe behandlingen af patienten. Der er allerede flere initiativer igangsat, herunder "Aftaleoversigten", "Sundhedsdataprogrammet", og "Program for et samlet patientoverblik" ¹⁸.

Kvaliteten i sundhedsvæsenet udvikles datadrevet gennem evaluering, kvalitetsudvikling og forskning, og indsamling af data af høj kvalitet i alle led i patientens forløb. Initiativer som disse er derfor afgørende for, at sundhedsvæsenet også i fremtiden kan tilbyde behandling mm. af høj faglig kvalitet. Modsat på sygehusene, hvor der er tradition for dokumentation og indrapportering til landspatientregistret, kliniske kvalitetsdatabaser, audit mm., mangler der robust dataindsamling og kvalitetsarbejde i primær sektor. Samtidig indsamles der ikke systematisk fælles valide data på tværs af sygehus, kommune og almen praksis, hvilket begrænser muligheden for at styrke kvaliteten i sundhedstilbuddene og at forske i, hvordan indsatser og forløb almen praksis, kommune og sygehus hænger sammen.

Det er en væsentlig forudsætning for et nærhospital, herunder for det forpligtende tværfaglige og tværsektorielle samarbejde, at de forskellige aktører kan dele data med hinanden. Et nærhospital kan bidrage til at styrke den faglige kvalitet, men dette forudsætter, at der skabes strukturer med henblik på at opsamle data på tværs af patientforløbene.

¹⁸ "Aftaleoversigten" er en kalender, som giver patienter og deres pårørende et samlet overblik over deres aftaler med hospitaler, kommuner og egen læge og giver sundhedspersoner mulighed for at koordinere aftaler på tværs. "Sundhedsdataprogrammet" er et nationalt udviklingsprogram, med fokus på udvikling af IT-infrastruktur og samarbejde omkring brug og deling af sundhedsdata på tværs af stat, regioner og kommuner, ligesom flere kommuner med stor succes har fået sig adgang til Sundhedsplatformen. Program for et samlet patientoverblik har udviklet og afprøvet nye digitale løsninger for Aftaler og Fælles Stamkort, som både skal gøre det lettere for sundhedspersoner at samarbejde om patientforløb og understøtte patienters og pårørendes overblik over forløbet.

6. National faglig ramme for et nærhospital

Med etablering af nærhospitaler i sundhedsvæsenet er det afgørende, at det er entydigt og gennemsigtigt for befolkningen såvel som for sundhedsprofessionelle, hvilke sundhedsfaglige tilbud, der vil være tilgængelige i et nærhospital. Ikke mindst set i lyset af, at der i dag i sundhedsvæsenet er en lang række forskellige sundhedstilbud med forskelligt indhold og terminologi og forskellige rammer for tværsektorielt samarbejde, herunder sundhedshuse, sundhedscentre mv. Det er vigtigt, at der er ensartede krav, rammer og definition af et nærhospital, så alle borgere uanset bopæl, sikres det rette tilbud, og det er tydeligt, hvad der tilbydes.

Nærhospitaler vil varetage dele af patientforløb i et tæt samarbejde med akutsygehuset og øvrige relevante aktører. Der vil blive etableret sygehusfunktioner i nærhospitalet fx diagnostiske undersøgelser såsom blodprøvetagning, ambulante behandling og opfølgning samt tværkommunale sundhedsindsatser.

Der vil ikke være tale om udflytninger af udvalgte sygehusfunktioner én til én fra sygehus til nærhospital, men om en ændret tilrettelæggelse af forløb og opgavevaretagelse. Det betyder fx, at der ikke udelukkende flyttes ambulante kontroller fra akutsygehus til nærhospital, men at det skal overvejes, hvordan det konkrete tilbud skal tilrettelægges, hvilke kompetencer der skal anvendes, herunder ændret opgavevaretagelse, behov for understøttelse fra specialistkompetencer mv.

Der vil ikke være tale om placering af sygehusfunktioner i nærhospitaler, der snarere med fordel kan placeres i almen praksis eller i alle kommuner.

Den nationale ramme skal anses for et foreløbigt bud med forbehold for, at det ikke har været muligt med en faglig kvalificering inden for den tid, der har været afsat til udarbejdelse af oplægget til nærhospitaler. Det er derfor nødvendigt efterfølgende at igangsætte en faglig proces med inddragelse af kommuner, regioner og faglige miljøer i regi af Sundhedsstyrelsen med henblik på at få kvalificeret oplægget yderligere. Som en del af denne proces vil der være behov for en faglig beskrivelse af, hvordan der ved brug af ændret opgavevaretagelse og tilrettelæggelse kan skabes tilbud, der fortsat er af høj kvalitet, men som samtidig tilbydes nært og med blik for hensigtsmæssig ressourceudnyttelse. I en sådan beskrivelse skal der indgå beskrivelse af funktioner, kompetencer, herunder i relation til konkrete målgrupper.

Nedenstående bud på målgrupper, funktioner og kompetencer skal derfor ses som **eksempler**, på, hvad et nærhospital skal kunne.

6.1. Fagligt indhold og målgrupper

For at kunne sikre en vis ensartethed i nærhospitaler på tværs af landet, og for at alle patienter får imødekommet deres behov, vil alle nærhospitaler have udvalgte, faste funktioner. Kommuner og regioner er forskellige i forhold til befolkningens volumen og -sammensætning, og der skal derfor samtidig være mulighed for, at nærhospitalerne til en vis grad kan tilpasses de lokale behov med udgangspunkt i nærområdets lokale karakteristika, herunder sundhedsprofil og befolkningens volumen og –sammensætning. Ud over de faste funktioner i et nærhospital, kan der derfor suppleres med andre funktioner alt efter den konkrete, lokale kontekst. Det kan fx være funktioner, som den brede befolkning kan have gavn af eller andre mere diagnose- eller målgruppespecifikke funktioner.

I det følgende beskrives præmisser for, hvilke overordnede målgrupper, der med fordel kan indgå i et nærhospital og efterfølgende beskrives eksempler på specifikke målgrupper, funktioner og kompetencer. Som beskrevet ovenfor skal disse bud efterfølgende kvalificeres i en faglig proces, hvor fx målgrupperne fastlægges, det faglige patientforløb beskrives og kravene til kompetencer sættes. Der vil derudover være behov for, at der foretages en nærmere analyse af hvilke dele af målgruppernes forløb, der bør nytænkes og varetages i et nærhospital.

Der er følgende overordnede præmisser for, hvilke målgrupper der med fordel kan indgå i et nærhospital:

- Patienter med langvarige sygdomsforløb med behov for indsatser på tværs af sektorer
- Patienter med kendt sygdom og hyppige besøg på sygehuset med henblik på basale undersøgelser, opfølgning, behandling mv. og evt. med samtidigt behov for (flere) kommunale indsatser
- Patienter med kendt sygdom med behov for mere specialiseret indsats i kommunalt regi, som fx indsatser, der er mindre hyppige og forudsætter specialisterkompetencer, indsatser der forudsætter et større befolkningens volumen end hvad mindre kommuner har, eller indsatser hvor tæt koordination med sygehusfunktioner er vigtig
- Patienter med nedsat funktionsevne, som dermed har gavn af nære tilbud
- Patienter der ikke har ressourcer til at deltage i behandlingsforløb på et stort sygehus o.l.
- Store patientgrupper med behov for almindelige, basale undersøgelser og indsatser, fx i forbindelse med graviditet o.l.

Nedenfor beskrives en række eksempler på specifikke målgrupper, hvor dele af deres patientforløb, og dertil relevante funktioner, kan indgå i nærhospitaler set i sammenhæng med den igangværende udvikling hen imod decentralisering af opgaver til almen praksis:

- Patienter med behov for ukompliceret diagnostik, fx patienter der skal have taget et røntgenbillede, en blodprøve, et EKG (ekkokardiografi), en ultralydsundersøgelse eller en CT-skanning til brug for opfølgning eller videre

udredning af sygdom og symptomer. Nogle af funktionerne vil evt. kunne etableres som åbne uvisiterede tilbud.

- Ældre medicinske patienter, som har en høj alder, en eller flere sygdomme, en ofte forringet ernæringstilstand eller nedsat funktionsevne fysisk og/eller kognitivt. Disse patienter kan have gavn af et tæt samspil mellem regionale og kommunale tilbud i et nærhospital, herunder ambulante udredning og behandling af ukompliceret medicinsk sygdom, opfølgning efter indlæggelsesforløb, samt forebyggende tilbud fx med fokus på faldforebyggelse, træning mv.
- Patienter med kroniske sygdomme, hvor nogle dele af patientforløbet kan foregå i et nærhospital, fx forløb hvor der følges op og reguleres på patientens status i forhold til forhøjet blodsukker hos diabetes type-2-patienter, forhøjet blodtryk og åreforkalkning hos patienter med hjerte-kar-sygdom eller løbende opfølgende behovsvurderinger samt blodprøvetagning efter kræftsygdom.
- Patienter med behov for neuro-, hjerte- eller kræftrehabilitering med tilbud om rehabilitering/genoptræning målrettet den specifikke diagnose enten sideløbende med behandlingen, som opfølgende indsats efter behandlingen eller som en indsats i forbindelse med evt. senfølger. Derudover rehabiliterende/forebyggende tilbud med henblik på tobaksafvænnelse, ernæringsindsats, fysisk træning mv. til patienter i målgruppen ved behov.
- Patienter med sygdomme i bevægeapparatet, hvor en del af patientforløbene kan indgå i et nærhospital, herunder dele af udredning og behandling af lette til moderate tilstande med lænderygsmerte, nakkesmerter, slidgigt og knogleskørhed. Desuden rehabiliterende funktioner såsom fysisk træning tilpasset sygdomme i bevægeapparatet.
- Patienter med symptomer på mistrivsel eller let til moderat psykisk sygdom, fx åben rådgivning til børn og unge i mistrivsel samt udredning og behandling for let til moderat psykisk sygdom såsom angst eller depression. Patienter med psykiske lidelser, der har behov for behandling og opfølgning af samtidige somatiske sygdomme. Patienter med demens, der skal udredes og følges tæt og hyppigt under sygdomsforløbet, herunder opfølgning med henblik på status, forværring af symptomer, komplikationer, kontrol af medicin og bivirkninger, komorbiditet mv. samt rådgivning og koordination på tværs af sektorer.
- Gravide og børnefamilier, der har behov for mange forskellige sundhedstilbud, og som kan have gavn af, at disse tilbud samles i nærhospitaler. Det kan fx være graviditetsundersøgelser og –skanninger, sundhedspleje samt almindelige undersøgelser af spædbørn, fx hørescreening eller PKU- undersøgelse, forebyggelsesindsatser målrettet specifikke problemstillinger hos familier med særlige behov, fx ernæringsindsatser til familier med overvægt o.l. samt åben rådgivning til unge om seksuel sundhed.

- Patienter med behov for et mindre og ukompliceret kirurgisk indgreb, der kan undersøges og behandles i et nærhospital i funktioner svarende speciallægepraksis, og som bl.a. vil forudsætte sedation eller anæstesi.

Se bilag 6 for eksempler på målgrupper og delforløb i et nærhospital, der bør kvalificeres i en efterfølgende faglig proces.

Der er endvidere behov for relevant udstyr til at varetage de udvalgte funktioner. Hvilket udstyr der er relevant ift. funktionerne skal ligeledes kvalificeres i en efterfølgende faglig proces.

Kompetencer

Tværfaglighed i opgavevaretagelsen er et væsentligt element i nærhospitaler, hvilket bidrager til, at funktionerne kan løftes med høj kvalitet. Desuden kan nogle funktioner varetages af andre sundhedspersoner på delegation fx fra læger på akutsygehuset, hvilket kan bidrage til at højne kvaliteten, gennem en mere helhedsorienteret tilgang til den enkelte patient. I forhold til den lægefaglige kompetence tænkes også de brede generalistkompetencer at være væsentlige i nærhospitalerne.

Der vil således være behov for tværfaglige kompetencer med tilstedeværelse på nærhospitalets matrikel. Det kan fx være sygeplejersker, SOSU-assistenten, fysio- og ergoterapeuter, psykologer samt læger med brede lægefaglige kompetencer, såsom særligt læger i almen medicin eller de intern medicinske specialer bredt set.

Derudover vil der være behov for samarbejde med lægefaglige specialister på akutsygehuset samt farmaceuter/farmakologer, jordemødre, diætister, sundhedsplejersker, socialrådgivere, almen praksis og det øvrige praksisområde mv. Disse kompetencer kan blive inddraget i forløbene på nærhospitalet efter individuelt behov.

Et eksempel kan være den gravide, der i nærhospitalet kan blive undersøgt hos jordemoder og se sin sundhedsplejerske under og efter graviditet. Mens et andet eksempel kan være den ældre medicinske patient, som kan få fx ernæringsindsatser hos en diætist, eller indsatser fra fys- og ergoterapeut i nærhospitalet. Ligesom det kan være en patient med let til moderat psykisk lidelse, der i nærhospitalet kan udredes og få tværfaglig behandling.

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

6.2. Nærhospitalers indplacering i sundhedsvæsenet

Nærhospitaler skal integreres i det eksisterende sundhedsvæsen som en del af både sygehusvæsenet og det primære sundhedsvæsen.

Alle nærhospitaler kobles op på et akutsygehus af hensyn til kvalitet og bemanning, hvor akutsygehuset beholder behandlingsansvaret for sygehusfunktionerne i patientforløbene hvor indsatsen sker inden for rammerne af akutsygehuset med vanlig praksis for dokumentation, kvalitetsudvikling, forskning osv. Samtidig rækker nærhospitalet ud mod og samarbejder med lokale sundhedstilbud i kommuner, almen praksis og øvrige sundhedstilbud i primærsektoren, både på den fysiske matrikel gennem digitale tilbud og ved udgående funktioner.

Nærhospitaler vil varetage både regionale og kommunale sundhedstilbud. Sygehusfunktionerne vil omfatte funktioner målrettet patienter med behov for basale tilbud på hovedfunktionsniveau, som fx sekundære forebyggelsesindsatser, basal udredning, behandling, kontrol og rehabilitering. De kommunale funktioner vil omfatte funktioner målrettet patienter med behov for mere specialiseret indsats i kommunalt regi, som fx indsatser der er mindre hyppige og forudsætter specialistkompetencer, indsatser der forudsætter et større befolkningsvolumen end hvad små kommuner har, eller indsatser hvor tæt koordinering med sygehusfunktioner er vigtig.

Nærhospitaler vil varetage behandling i dagtid, og der vil være tale om ambulant, elektiv behandling på hovedfunktionsniveau i både psykiatri og somatik. Der bør ikke planlægges med indlæggelser og funktioner, der skal være døgnbemandede, ud fra et kvalitets- og driftsmæssigt hensyn.

Sygehusfunktioner på hovedfunktionsniveau på akutsygehusene vil blive rykket ud på nærhospitalerne, men ikke som en én til én erstatning af disse. Funktionerne skal tilpasses nærhospitalets varetagelse af de relevante dele af patientforløbet, ligesom akutsygehusene fortsat vil varetage dele af de samme funktioner, der er nødvendige for patientforløb i akutsygehuset.

Kommunerne vil i nærhospitaler samarbejde om at varetage tværkommunale sundhedstilbud på områder, som ikke kan løftes med tilstrækkelig kvalitet i de enkelte kommuner, enten da der er for få patienter i de enkelte kommuner, eller fordi opgavevaretagelsen er særligt kompleks og derfor kræver særlige kompetencer. I et nærhospital etableres der dels kommunale sundhedstilbud, der skal sikre tiltrækkelig høj kvalitet, dels kommunale sundhedstilbud der har gavn af den tværsektorielle organisering i et fælles nærhospital.

6.3. Samarbejde, organisering og kvalitet

Et nærhospital vil have ydelser, tilbud og funktioner på tværs af sektorer, hvor patienter oplever nemmere adgang til sundhedsydelser samt forbedrede og nære sammenhængende forløb af høj kvalitet. Udgangspunktet for nærhospitalet er, at regionale og kommunale tilbud er samlet i én organisation, eventuelt med én fælles ledelse, og at der skabes strukturer, der kan understøtte samarbejde mellem forskellige sundhedsaktører med mulighed for et relevant og optimeret tværfagligt samarbejde.

Et nærhospital giver således mulighed for tværfaglig sparring og samarbejde. Det kan fx være en speciallæge fra sygehuset, som fysisk eller virtuelt er til stede i nærhospitalet og kan rådgive en kommunal sundhedsperson om en konkret patients behov for fx yderligere udredning eller andet. Et nærhospital giver personalet mulighed for at dele viden, lokaler og faciliteter og placering af regionale og kommunale funktioner under ét tag, ligesom muligheden for at udvikle fælles forløb og skabe fælles mål for patient og borger på tværs af sektorer. Det er væsentligt, at det forpligtende samarbejde baseres på fælles overordnede rammer, herunder fælles mål og visioner, eventuel fælles ledelse og økonomi, fælles lokaler, udstyr mv. Desuden er det en forudsætning, at et tættere samarbejde, herunder faglig koordinering, understøttes af fælles mødefora, kompetenceudvikling mv.

Desuden skal der arbejdes med teknologiske og virtuelle muligheder i nærhospitalet. Eksempelvis tværsektorielle virtuelle konferencer, hvor almen praksis og det øvrige praksisområde indgår som aktører med henblik på samarbejde og sparring om konkrete problemstillinger, borgere mv. Praksisområdet kan på den måde fx samarbejde direkte med en ambulanssygehusfunktion i nærhospitalet.

Udstyr til virtuelle konferencer, konsultationer o.l. er derfor også en forudsætning. Det er desuden væsentligt, at der etableres udgående regionale funktioner til fx kommunale akutfunktioner, midlertidige pladser, sygeplejen osv.

Nærhospitalet udgør således bygningsfællesskaber, der samler relevante funktioner, så der opnås en række praktiske og logistiske fordele for både borgere og fagpersoner. I nærhospitalet samlokaliseres regionale, kommunale og evt. aktører fra praksisområdet, herunder almen praksis, hvilket skaber rammer for en faglig synergi. Men for at opnå dette, er det væsentligt, at der etableres forpligtende samarbejdsstrukturer.

Regeringen, KL og Danske Regioner har netop indgået en aftale om sammenhæng og nærhed med formål om at etablere forpligtende og formaliserede 'sundhedsklynger' omkring hvert af de 21 akutsygehuse, hvor sygehuse/region, kommunerne og almen praksis i akutsygehusets optageområde vil være repræsenteret¹⁹. Parternes hensigt med de formaliserede sundhedsklynger er at der tages et fælles ansvar for den fælles population i optageområdet, herunder styrke sammenhæng og bedre behandlings- og

¹⁹ Juni 2021.

rehabiliteringsforløb for de borgere, der har forløb på tværs af regioner, 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 således danne et fundament for organiseringen og samarbejdsstrukturen omkring nærhospitaler.

Regioner og kommuner er desuden forpligtet til at indgå sundhedsaftaler, der i dag danner den politiske ramme for tværsektorielt samarbejde²⁰, og sundhedsaftalerne kan med fordel anvendes som en overordnet ramme for samarbejdet i nærhospitalerne. Almen praksis er ligeledes en væsentlig aktør og skal indtænkes i nytænkningen af patientforløbene og det forpligtende tværsektorielle samarbejde.

Nærhospitaler skal yde sundhedstilbud af høj faglig kvalitet. Det forudsætter, at sundhedstilbuddene kobles op på en stærk kvalitetsorganisation, og det kan samtidig give anledning til at gentænke, hvilke nationale kvalitets-styringsredskaber der er behov for i sundhedsvæsenet.

Sygehusfunktioner, der varetages i nærhospitaler, skal varetages med samme høje kvalitet, som hvis de blev tilbudt på et akutsygehus o.l., og patienter skal kun tilbydes en indsats i nærhospitalet, såfremt de ikke har behov for et mere specialiseret sygehusstilbud på et akutsygehus. Sygehusfunktionerne varetages under akutsygehusenes rammer for kvalitet, herunder for dokumentation, forskning og udvikling. På tilsvarende vis bør de kommunale sundhedsfunktioner understøttes af et tværkommunalt samarbejde om kvalitetsudvikling (dokumentation, forskning mv.).

Dertil kommer, at der generelt i den kommunale opgaveløsning er behov for en mere styrket, systematisk og strategisk indsats i forhold til at sikre nationale standarder for kvalitet i forhold til en række sundhedsopgaver i kommunerne. Alle nærhospitaler skal tilbyde samme høje kvalitet i de tværkommunale sundhedstilbud, ligesom borgere på tværs af landets kommuner i et vist omfang inden for det kommunale selvstyre bør kunne tilbydes samme sundhedstilbud med samme høje kvalitet. Der er derfor behov for et fagligt set-up i regi af Sundhedsstyrelsen, hvor det vurderes, hvilke opgaver i sundhedsvæsenet, der mest hensigtsmæssigt kan varetages tæt på borgeren, og hvor der opstilles krav og standarder med henblik på at sikre høj og ensartet kvalitet i sundhedstilbuddene på tværs af landet.

Det er desuden en forudsætning for mere sammenhængende forløb, at sundhedsaktørerne kan dokumentere og dele data på tværs af region, kommune og almen praksis, for at kunne have et fuldt oplyst grundlag til gavn for den individuelle patient og den løbende kvalitetsudvikling samt for den fremtidige mulighed for at forske i sundhedsindsatser, der går på tværs af sektorer. Der er derfor behov for bedre og mere ensartet dataregistrering,

²⁰ Fastlagt i sundhedslovens §§ 203-205 samt i Bekendtgørelse nr. 679 af 30. maj 2018 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

lettere adgang til data på tværs af sektorer og generering af ny viden om konkrete former for organisering/samarbejde.

6.4. Kriterier for placering

Nærhospitaler skal placeres steder hvor der er et særligt behov for at få sygehusfunktioner mere nært. Der skal i udgangspunktet etableres nærhospitaler i alle regioner, men ikke nødvendigvis fordelt ligeligt. Det enkelte nærhospital skal betjene flere forskellige kommuner og skal være tilkøbt minimum et akutsygehus.

Etableringen af nærhospitaler skal understøtte og supplere den eksisterende struktur i sundhedsvæsenet, og med henblik på at få det fulde udbytte af nærhospitalerne bør en række kriterier lægges til grund for den konkrete planlægning af placeringen af nærhospitaler. Det er således Sundhedsstyrelsens vurdering, at *dele af følgende* bør være opfyldt, når der etableres et nærhospital.

Nærhospitaler kan med fordel placeres i områder, hvor følgende kriterier gælder:

- stor geografisk afstand og/eller vanskelig infrastruktur til sygehuse og øvrige sundhedstilbud
- hvor demografien, herunder befolkningens volumen, sygdomsbyrde mm. kan tale for et nærhospital
- hvor lokalbefolkningens sundhedsprofil tilsiger, at der bør være et særligt fokus på at højne sundhedstilstanden
- hvor nærhospitalet evt. kan bidrage til at imødegå udfordringer i sundhedsvæsenet såsom udfordringer med lægedækning i almen praksis og andre praksisydere.

Nærhospitaler kan evt. etableres i eksisterende bygninger (eks. nedlagte sygehuse, nuværende sundhedshuse eller lign.).

6.5. Visitation og henvisning til nærhospitaler

Nærhospitaler varetager som udgangspunkt visiterede 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 central visitationsenhed på sygehuset og den kommunale visitationsenhed, og i det konkrete patientforløb vil visitator vurdere om et forløb i nærhospitalet er relevant for den enkelte patient. Der bør på sigt afprøves fælles løsninger i form af fælles visitation med henblik på at understøtte og videreudvikle det tværsektorielle samarbejde og understøtte sammenhæng på tværs af patientforløbene.

7. Definition(er)

Nedenfor fremgår udkast til definitionerne, der efterfølgende bør kvalificeres.

Hvad	Definition
Kommunal sundhedsindsats	En kommunal sundhedsindsats omfatter forebyggelse, opsporing, behandling, genoptræning, palliation og rehabilitering af nedsat funktionsevne, eller risiko for nedsat funktionsevne. Indsatsen ydes typisk af fagpersoner med sundhedsfaglige kompetencer m.fl., ikke nødvendigvis under lægeligt ansvar, og hvor indlæggelse ikke er relevant eller nødvendigt.
Nærhospital	En institution, der både leverer ambulante sygehusfunktioner under lægeligt ansvar og tværkommunale sundhedsindsatser.
Sygehus ²¹	En institution som varetager behandling af sygdom og skade under lægeligt ansvar, og hvor der som hovedregel kan tilbydes indlæggelse.
Sygehusfunktion	En funktion der omfatter forebyggelse, udredning, behandling, palliation, rehabilitering og opfølgning under lægeligt ansvar af en specifik sygdom eller afgrænset sygdomsgruppe, og kan være kendetegnet ved brug af nærmere specificerede metoder eller teknikker.

²¹ Bemærk at denne definition adskiller sig fra definitionen i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats.

Bilagsfortegnelse

- Bilag 1: Tabel over lukkede sygehuse samt planlagte lukninger
- Bilag 2: Kort over lukkede sygehuse
- Bilag 3: Kort over sygehuse
- Bilag 4: Kort over sygehuse i hovedstadsområdet
- Bilag 5: Kort over tværsektorielle sundhedshuse
- Bilag 6: Eksempler på målgrupper og delforløb i et nærhospital

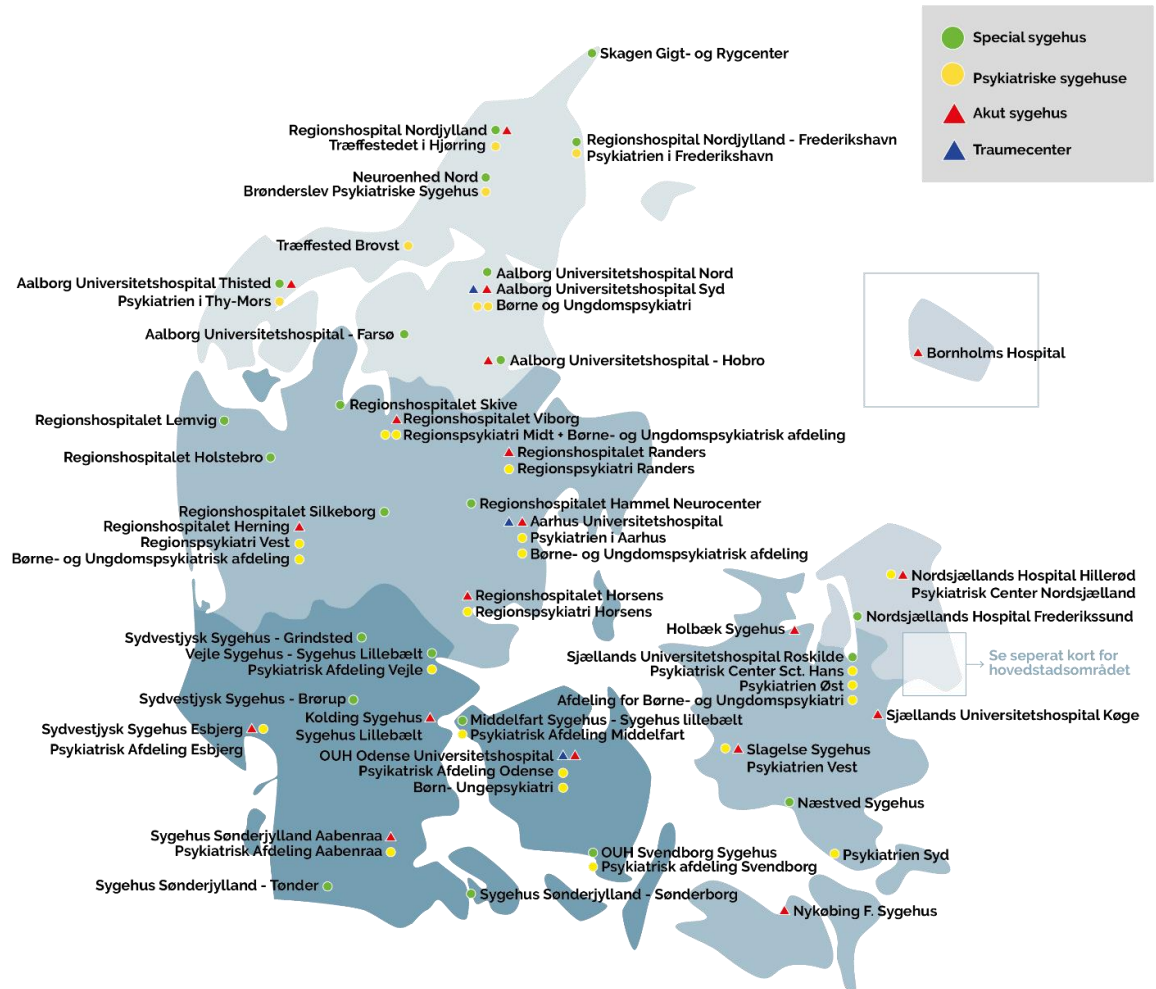
Bilag 1: Lukkede somatiske sygehuse samt planlagte lukninger

Lukkede sygehuse	Planlagte lukninger
<i>Region Midtjylland</i>	
Kjellerup Sygehus Odder Sygehus	Aarhus Universitetshospital samles på matriklen i Skejby. Hospitalsenheden Vest samles på kvalitetsfundsprojektet Det Nye Hospital i Vest, Gødstrup. Dermed lukkes Regionshospitalet Herning og Regionshospitalet Holstebro.
<i>Region Hovedstaden</i>	
Hørsholm Hospital Amager Hospital (Hans Bogbinders Allé) Esbønderup Hospital	Nordsjællands Hospital samles på kvalitetsfundsprojektet Nyt Hospital Nordsjælland i Hillerød. Dermed lukkes matriklerne i Frederikssund og Hillerød. Bispebjerg og Frederiksberg Hospital samles på Bispebjerg-matriklen, når kvalitetsfundsprojektet Nyt Hospital Bispebjerg er afsluttet. Dermed lukkes matriklen på Frederiksberg.
<i>Region Syddanmark</i>	
Fredericia Sygehus Ringø Sygehus Fåborg Sygehus Haderslev Sygehus Give Sygehus	Odense Universitetshospital flytter til nye bygninger, når kvalitetsfundsprojektet Nyt Odense Universitetshospital er færdigt.
<i>Region Nordjylland</i>	
Nykøbing Mors Sygehus Brovst Sygehus Dronninglund Sygehus Terndrup Sygehus	Med kvalitetsfundsprojektet Nyt Aalborg Universitetshospital samles det meste af hospitalsdriften fra Aalborg Universitetshospital Nord og Syd, så Nordmatriklen lukkes og Syd-matriklen lukkes delvist. De nyeste bygninger på Aalborg Universitetshospital Syd skal dog fortsat bruges en årrække, idet der blandt andet skal være ambulante funktioner i Medicinerhuset og Onkologibygningen
<i>Region Sjælland</i>	
Vordingborg Sygehus Korsør Sygehus Nakskov Sygehus Kalundborg Sygehus	

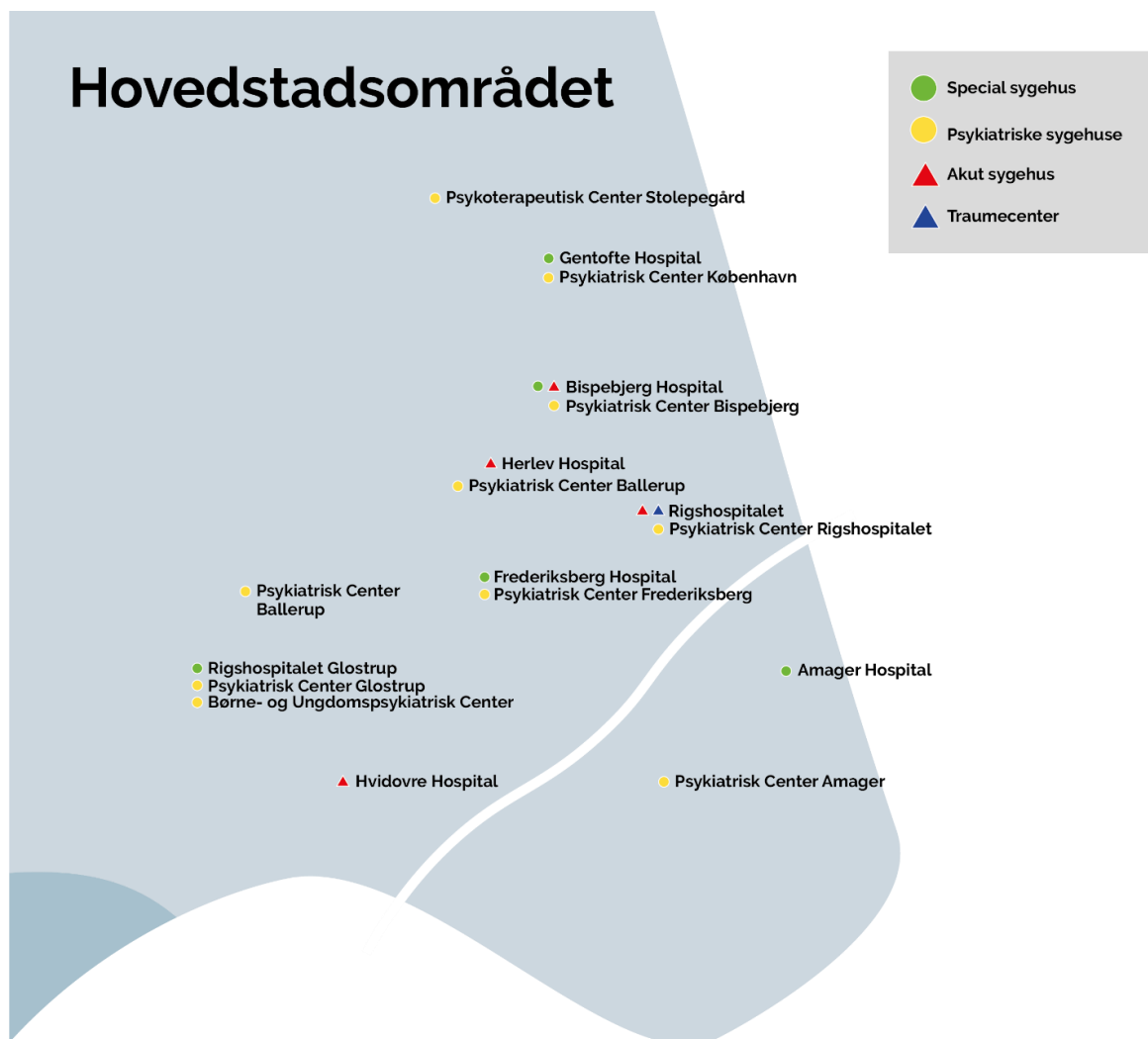
Bilag 2: Kort over lukkede sygehuse



Bilag 3: Kort over sygehuse



Bilag 4: Kort over sygehuse i hovedstadsområdet



Bilag 5: Kort over tværsektorielle sundhedshuse



Bilag 6: Eksempler på målgrupper og delforløb i et nærhospital

Mennesker med behov for lettere diagnostik	
Målgruppebeskrivelse	Lettere diagnostik vil kunne indgå i et nærhospital fx i forhold til patienter, der skal have taget et røntgenbillede, en blodprøve eller et EKG til brug for opfølgning eller videre udredning af sygdom og symptomer.
Mulige funktioner	Røntgen, blodprøvetagning, EKG (Ekkokardiografi), ultralyd, CT. Nogle af funktionerne vil evt. kunne etableres som åbne drop-in-tilbud.

Den ældre medicinske patient	
Målgruppebeskrivelse	De ældre medicinske patienter er karakteriseret ved høj alder og har en eller flere sygdomme og ofte forringet ernæringstilstand og nedsat funktion fysisk og/eller kognitivt. Målgruppen kan have gavn af tilbud i et nærhospital med fokus på udredning og behandling af ukompliceret medicinsk sygdom, forbedret ernæring og optimal medicinering.
Forekomst	I 2014 var der i alt 117.000 ældre patienter svarende til 12 pct. af alle ældre borgere. Af den samlede gruppe af ældre patienter var omkring en tredjedel 80 år og derover.
Mulige funktioner	Ambulant udredning og behandling for ukomplicerede medicinske tilstande, opfølgning efter indlæggelsesforløb pga. medicinsk sygdom, medicingennemgang. Kommunale forebyggende tilbud (fx faldforebyggelse, specialistrådgivning ift. kommunale tilbud og muligheder, udgående funktion til plejehjem/kommunale akutfunktioner, opkvalificering af den kommunale sygepleje/lægefaglig understøttelse. Kommunale forebyggende tilbud om tobaksafvænning, ernæringsindsats, fysisk træning mv. til patienter med risikoadfærd.

Mennesker med KOL	
Målgruppebeskrivelse	KOL (Kronisk Obstruktiv Lungesygdom) er en kronisk og potentielt livstruende sygdom, hvor luftvejene forsnævres og de små lungeblærer (alveoler) gradvist ødelægges på grund af en kronisk betændelsestilstand. Årsagen til sygdommen er i 85 – 90 pct. tilfælde tobaksrygning.
Forekomst	Cirka 8.000 nye patienter bliver årligt diagnosticeret med KOL. Omkring 320.000 mennesker i Danmark antages at have KOL, men det skønnes, at kun halvdelen er blevet udredt for deres sygdom, og mange lever således med sygdommen uden at vide det. Patienterne inddeles i grupper (ABCD) alt efter sygdommens sværhedsgrad.
Mulige funktioner	Ambulant opfølgning, hvor der følges op og reguleres på patienternes status ift. luftvejene, herunder regulering af patientens medicin og behandling samt medicingennemgang. Diagnosespecifikke rehabiliterende funktioner såsom tilbud om tobaksafvænning mhp. at forebygge forværring.

Mennesker med diabetes type 2	
Målgruppebeskrivelse	Diabetes er en kronisk sygdom, der er karakteriseret ved forhøjet blodsukkerniveau i kroppen (hyperglykæmi).
Forekomst	Cirka 225.000 voksne danskere er diagnosticeret med type 2-diabetes, og cirka 15.000 patienter får årligt diagnosticeret type 1-diabetes. Type 1-diabetes er som udgangspunkt altid en specialistopgave.
Mulige funktioner	Ambulant opfølgning, hvor der følges op og reguleres på patienternes status ift. forhøjet blodsukker (hyperglykæmi) mhp. regulering af patientens medicin og behandling samt medicingennemgang. Øjenundersøgelser og diagnosespecifikke rehabiliterende funktioner såsom ernæringsindsatser målrettet diabetes type 2 mhp. at forebygge forværring.

Mennesker med hjerte-kar-sygdom	
Målgruppebeskrivelse	De hyppigste hjerte-kar-sygdomme er forhøjet blodtryk (hypertension), åreforkalkning (fx claudicatio intermittens), blodprop i hjertet (akut myokardieinfarkt), hjertekramper (angina pectoris), hjertesvigt, hjerteklapsygdom, hjerterytmeforstyrrelser og hjertemuskel sygdom (kardiomyopati).
Forekomst	Knap 60.000 danskere får årligt konstateret en hjerte-kar-sygdom og knap 500.000 voksne danskere lever med en hjerte-kar-sygdom. De allerfleste hjerte-kar-sygdomme kommer med alderen og rammer som regel først midaldrende eller ældre personer. Hos nogle patienter udvikler symptomerne sig akut (fx blodprop i hjerte-kar eller visse hjerterytmeforstyrrelser) og medfører akut indlæggelse.
Mulige funktioner	Ambulant opfølgning, hvor der følges op og reguleres på patientens status ift. eksempelvis forhøjet blodtryk, angina pectoris, åreforkalkning (fx claudicatio intermittens) samt medicingennemgang mhp. eventuel regulering af patientens medicin og behandling. Diagnosespecifikke rehabiliterende funktioner såsom tilbud om fysisk træning tilpasset hjertepatienter.

Mennesker med muskel-skelet-lidelser	
Målgruppebeskrivelse	Sygdomme i bevægeapparatet udgør en stor gruppe af forskellige sygdomme, som er meget udbredte i befolkningen. Sygdommene omfatter blandt andet de store grupper af personer med lænderygmerter, nakkesmerter, slidgigt (artrose) og knogleskørhed (osteoporose). Der indgår såvel akutte, kortvarige tilstande som livsvarige kroniske tilstande.
Forekomst	I alt 763.500 mænd og 1.044.000 kvinder i den danske befolkning, der har mindst én muskel- eller skeletlidelse.
Mulige funktioner	Dele af udredning og behandling af let til moderate tilstande med lænderygmerter, nakkesmerter, slidgigt (artrose) og knogleskørhed (osteoporose). Diagnosespecifikke rehabiliterende funktioner såsom tilbud om fysisk træning tilpasset sygdomme i bevægeapparatet.

Mennesker med let til moderat psykisk sygdom samt mennesker der har somatiske sygdomme samtidig med psykiske lidelser	
Målgruppebeskrivelse	Indsatser til mennesker med symptomer på mistrivsel eller med let til moderat psykisk sygdom, såsom let til moderat angst eller depression, kan indgå i nærhospitaler.
Forekomst	Cirka 135.000 danskere lever med angst, og der er ca. 17.000 nye tilfælde af angsttilstande pr år. Cirka 91.000 danskere lever med depression, og der er cirka 10.000 nye tilfælde pr. år.
Mulige funktioner	Åben rådgivning til børn og unge i mistrivsel samt udredning og behandling for let til moderat psykisk sygdom såsom angst eller depression. Behandling og opfølgning af somatiske sygdomme hos mennesker med psykiske lidelser

Mennesker med demens	
Målgruppebeskrivelse	Demens er betegnelsen på den tilstand, man kommer i, når de mentale færdigheder bliver svækket af sygdom. Risikoen for demens stiger med alderen. Den hyppigste årsag til demens er Alzheimers sygdom.
Forekomst	Omkring 35.000 danskere har fået stillet diagnosen demens, men mange flere har en demenssygdom uden at have fået stillet diagnosen. Kvinder udgør mere end to tredjedele af ældre med demens.
Mulige funktioner	Udredning og tæt og hyppig opfølgning under sygdomsforløbet mhp. status, herunder forværring af symptomer, komplikationer, kontrol af medicin og bivirkninger, komorbiditet m.m. samt rådgivning og koordination på tværs af sektorer. Diagnosespecifikke rehabiliterende funktioner såsom tilbud om fysisk træning tilpasset demenssygdomme.

Mindre og ukompliceret kirurgi	
Målgruppebeskrivelse	Patienter med behov for et mindre og ukompliceret kirurgisk indgreb kan undersøges og behandles i et nærhospital.
Mulige funktioner	Mindre og ukompliceret kirurgi svarende til funktioner i speciallægepraksis. Fx grå stær, skopier, fjernelse af knuder og lign., øredræn. Forudsætter sedation eller anæstesi.

Mennesker med neurologiske sygdomme fx erhvervet hjerneskade	
Målgruppebeskrivelse	Mennesker med neurologisk sygdomme fx erhvervet hjerneskade, som er hjerneskader, der opstår senere i livet, dvs. ikke er medfødt eller opstår inden for de første fire uger af barnets levetid. Der kan være mange grunde til, at voksne får en hjerneskade. De fleste hjerneskader skyldes enten en blodprop i hjernen, en blødning i hjernen eller en ulykke, hvor personen har slået hovedet.
Forekomst	Over 230.000 mennesker i Danmark lever med en erhvervet hjerneskade. Cirka 170.000 på grund af apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi (TCl), og cirka 60.000 har erhvervet hjerneskade af anden årsag.
Mulige funktioner	Avanceret genoptræning, fx kognitiv genoptræning samt indsats ved logopæd. Derudover kommunale forebyggende tilbud om tobaksafvænning, ernæringsindsats, fysisk træning mv. til patienter med risikoadfærd. Ambulant opfølgning samt medicingennemgang mhp. regulering af medicin.

Mennesker med kræftsygdom	
Målgruppebeskrivelse	Kræft er en samlebetegnelse for mange forskellige kræftsygdomme, som alle arter sig forskelligt. Fælles for kræftsygdommene er, at de starter med ukontrolleret cellevekst.
Forekomst	I slutningen af 2020 var i alt 351.747 personer, heraf 158.834 mænd og 192.913 kvinder, diagnosticeret med en eller flere tidligere anmeldte kræftsygdomme (prævalente tilfælde). Hos

	mænd er prostatakræft den mest hyppige kræftsygdom med 44.155 prævalente tilfælde, og hos kvinder er det brystkræft med 72.193 prævalente tilfælde. I 2019 blev 45.453 nye kræfttilfælde registreret, hvilket svarer til en stigning på 2,7 pct. i antallet af registrerede tilfælde i forhold til 2018 (44.274).
Mulige funktioner	Tilbud om rehabilitering/genoptræning målrettet den enkelte kræftdiagnose. Derudover kommunale forebyggende tilbud om tobaksafvænning, ernæringsindsats, fysisk træning mv. til patienter med risikoadfærd. Ambulant opfølgning, herunder løbende behovsvurderinger fx målrettet subgrupper såsom den aldrende kræftpatient mv. med henblik på præhabiliterende tilbud til optimering af behandlingen. Medicinenemgang mhp. regulering af medicin.

Graviditets- og familieområdet	
Målgruppebeskrivelse	Børnefamilier har mange kontakter til sundhedsvæsenet, dels grundet forebyggende børneundersøgelser, vaccinationer mv. og dels mhp. diagnostik, rådgivning og behandling. En række af de problemstillinger, som børnefamilier typisk kommer med, er relateret til sygdomme som astma, allergier, infektioner mv. Desuden har kvinder en del kontakter ifm. graviditet og tiden efter fødsel.
Mulige funktioner	Sundhedstilbud målrettet gravide, familier med særlige behov samt forebyggelsesindsatser målrettet specifikke problemstillinger fx ernæringsindsatser målrettet familier med overvægt o.l. Graviditetsundersøgelser og –skanninger, almindelige undersøgelser af spædbørn fx hørescreening eller PKU undersøgelse, sundhedspleje mv. Løbende kontrol/opfølgning på urinvejsinfektioner, forstoppelse, lungefunktionsmålinger o.l. hos børn.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sundhed for alle ♥ + ●